

**Univerzita Karlova v Praze**

Husitská teologická fakulta

**Diplomová práce**

**POSTOJE SENIORŮ K MINULOSTI V KONTEXTU  
SOUČASNÉHO ŽIVOTA**

**The old people opinions of past in today context**

Katedra: Psychosociálních věd a etiky

Studijní obor: Husitská teologie – psychosociální studia

Typ studia: prezenční

**Školitel:**

MUDr. Jiřina Ondrušová

**Autor:**

Jana Spáčilová

Praha, 2008

*Děkuji MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení práce, poskytování rad a za trpělivý a vlídný přístup při zpracování této diplomové práce.*

*„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem **Postoje seniorů k minulosti v kontextu současného života** napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.“*

V ..... dne .....

.....

Jana Spáčilová

## **ANOTACE**

Uvedená práce pojednává teoreticky i prakticky o postojích seniorů k jejich životu. Úvodní kapitola popisuje životní cyklus, duchovní zrání a hodnotové zaměření jedince. Zabývá se také psychoterapeutickou metodou, vytvořenou V. E. Franklem, zvanou logoterapie a možnostmi sociálně-pastorační pomoci v obtížných životních situacích. Druhá kapitola se soustředí na samotné stárnutí a stáří – na změny, které tento proces přináší i na způsoby života ve stáří – konkrétně na život seniora v domácím prostředí nebo v institucionální péči. Závěrečnou kapitolu tvoří dotazníkové šetření, ve kterém bylo cílem zjistit, jak vnímají senioři v současnosti svůj život – v jaké míře se u nich vyskytuje spokojenost a zklamání a jak se jim dařilo nebo stále ještě daří dosahovat cílů, které měli nebo pořád mají.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

životní cyklus, hodnotový systém, spiritualita, logoterapie, stárnutí a stáří, domácí a ústavní péče, deprese, spokojenost a vnímání života ve stáří

## **ANNOTATION**

This diploma work enters theoretically and practically on old people opinions of their life. The introductory chapter describes the life cycle, spiritual ageing and individual value system. It is also concerned with the psychotherapeutical method, created by V. E. Frankl, which is called logotherapy and with chances of social-spiritual help in difficult situations. The second chapter is focused on ageing and the old age – on changes, which this process fetch along and on the ways of living in the old age – in the concrete on the old people's life at home or in the institucional care. The closing chapter contains the investigation, which aims to know, how old people perceive their own life in today context – how much they are satisfied and frustrated, how succesful they were with achieving the purpouse which they had or still have got.

## **KEY WORDS**

the life cycle, the value system, spirituality, logotherapy, ageing and old age, home and institucional care, depression, satisfaction and percieving the life in the old age

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1. ROZVOJ OSOBNOSTI.....	9
1. 1. Teorie psychosociálního vývoje osobnosti E. H. Eriksona .....	9
1. 1. 1. Základní nedůvěra proti důvěře: naděje.....	10
1. 1. 2. Autonomie proti studu a pochybám: vůle.....	10
1. 1. 3. Iniciativa proti vině: cíl.....	11
1. 1. 4. Zručnost proti pocitu méněcennosti: schopnost (kompetence).....	11
1. 1. 5. Identita proti zmatení identity: věrnost.....	12
1. 1. 6. Intimita proti izolaci: láska .....	12
1. 1. 7. Generativita proti stagnaci: péče.....	13
1. 1. 8. Integrita proti zoufalství: moudrost .....	13
1. 1. 9. Gerotranscendence.....	15
1. 1. 10. Spiritualita ve stáří.....	15
1. 2. Vůle ke smyslu a dimenze hodnot .....	16
1. 2. 1. Logoterapie .....	17
1. 2. 2. Vůle ke smyslu.....	17
1. 2. 3. Dimenze hodnot.....	18
1. 2. 3. 1. Zážitkové hodnoty .....	18
1. 2. 3. 2. Tvůrčí hodnoty.....	19
1. 2. 3. 3. Postojové hodnoty.....	20
1. 2. 4. Obtížné životní situace a možnosti pomoci .....	22
2. SENIUM.....	25
2. 1. Problematika stárnutí a stáří .....	25
2. 1. 1. Periodizace období stáří.....	25
2. 1. 2. Stárnutí populace .....	26
2. 1. 3. Pohled na stáří.....	26
2. 1. 4. Osobnost starého člověka .....	27
2. 1. 5. Sebeobraz a životní spokojenost ve stáří .....	28
2. 1. 6. Adaptace na stáří.....	30

2. 1. 7. Funkční různorodost seniorů .....	31
2. 2. Způsob bydlení starých lidí.....	32
2. 2. 1. Co ovlivňuje životní způsob .....	32
2. 2. 2. Péče o starého člověka .....	33
2. 2. 3. Senior v rodině.....	34
2. 2. 3. 1. Mezigenerační soužití .....	35
2. 2. 3. 2. Samostatné bydlení pro seniory .....	35
2. 2. 3. 3. Home care .....	36
2. 2. 3. 4. Respitní péče .....	36
2. 2. 4. Senior v ústavní péči.....	37
2. 3. Deprese ve stáří.....	38
2. 3. 1. Projevy deprese.....	38
2. 3. 2. Výskyt deprese.....	39
2. 3. 3. Rizikové faktory deprese vyššího věku .....	40
2. 3. 4. Specifičnost deprese ve vyšším věku.....	40
2. 3. 5. Léčba deprese .....	41
2. 3. 5. 1. Možnost popovídat si.....	41
2. 3. 5. 2. Profesionální pohovor.....	42
2. 3. 5. 3. Medikamentózní léčba.....	42
2. 3. 5. 4. Alternativní přístupy .....	42
3. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ .....	44
3. 1. Cíle dotazníkového šetření.....	44
3. 2. Hypotézy .....	45
3. 3. Metodika dotazníkového šetření .....	46
3. 4. Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace .....	49
3. 5. Závěry dotazníkového šetření .....	65
ZÁVĚR .....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	67
SEZNAM PŘÍLOH .....	72
SUMMARY .....	73

# ÚVOD

Všichni víme, že se s přibývajícími lety naše fyzické i psychické schopnosti postupně změní, a že jednou přijde den, kdy náš život z důvodu sešlosti organismu skončí. Je tedy pravděpodobné, že pokud nezemřeme mladí, můžeme (vzhledem k neustále se prodlužující střední délce života) předpokládat, že prožijeme poměrně dlouhé životní období coby “staří lidé”.

Ve své diplomové práci se zamýšlím nad tím, jak právě staří lidé vnímají svůj život – v jaké míře se u nich vyskytuje spokojenost a zklamání, jak se jim dařilo nebo stále ještě daří dosahovat cílů, které měli nebo pořád mají. Zároveň se snažím zjistit, jaký vliv má na toto vnímání současný kontext, tedy zda institucionalizace seniora hodnocení této situace mění nebo ne.

První kapitola teoretické části se proto zaměřuje nejprve na popis jednotlivých životních etap, kterými člověk během života prochází – Eriksonova teorie psychosociálního vývoje osobnosti je v tomto případě “viděna” očima jedince v devátém stadiu (=deceniu). Dále je zaměřena na celkové směřování člověka ke smyslu a na hodnoty, které může během svého života uskutečňovat. V závěru první kapitoly se zabývám zvládáním obtížných životních situací, smyslem utrpení a možnostmi pomoci ze strany sociálně-pastorační péče.

Druhá kapitola se věnuje samotnému stáří. Stručně je zde popsána obecná problematika stárnutí a stáří (definice a periodizace stáří, stárnutí populace, pohled na stáří), změny osobnosti a sebeobrazu starého člověka. Popisují také změny soběstačnosti jedince ve stáří, které mají nemalý vliv na to, zda člověk zůstane až do vysokého věku v domácím prostředí nebo zda odejde do ústavní péče. Kapitola o depresi se zaměřuje na projevy, léčbu a rizika výskytu nemoci ve stáří s přihlédnutím ke kontextu depresivity u institucionalizovaných seniorů.

V praktické části se soustředím na rozdíly ve vnímání života dvou skupin seniorů, jež žijí v odlišném sociálním prostředí. Tento průzkum jsem realizovala jednak v ordinaci praktického lékaře – zde jsem zjišťovala postoje seniorů, kteří žijí v domácím prostředí, a dále

ve dvou domovech pro seniory, kde jsem “získala“ skupinu respondentů, kteří žijí v ústavní péči.

Formou řízeného rozhovoru jsem se snažila zjistit, zda má institucionalizace seniora vliv na to, jak hodnotí svůj prožitý život - zdali tedy senioři, kteří žijí v ústavním prostředí vyjdou statisticky hůře než senioři, kteří mají možnost žít i ve vysokém věku v domácím prostředí.

Rozhovory se starými lidmi pro mne samotnou byly velkým přínosem, protože jsem měla prostřednictvím osobních příběhů seniorů možnost nahlédnout do jejich minulosti. Také jsem zjistila, že tak jako je jedinečný a neopakovatelný každý člověk a jeho životní příběh, liší se i každého vnímání a hodnocení toho, jak prožívá svůj život a v jaké míře s ním je spokojený ve stáří.

Cílem mého dotazníkového šetření proto také byla snaha o vymezení závislosti postojů, které zastávají senioři v současnosti k hodnotám, které zastávali během svého života. Nezbyvá mi než doufat, že se mi to díky vstřícnému přístupu většiny seniorů, které jsem oslovila, alespoň částečně podařilo.



# 1. ROZVOJ OSOBNOSTI

To jak bude člověk reagovat na situace ve svém životě je dáno jednak určitými genetickými předpoklady, životními zkušenostmi a v neposlední řadě prostředím, ve kterém žije. Je také nutno zdůraznit, že se člověk způsobům svého chování učí na určitém místě a v určité době. Proto bych zde ráda uvedla fáze vývoje tak, jak jimi jedinec během svého života prochází.

## 1. 1. Teorie psychosociálního vývoje osobnosti E. H. Eriksona

E. H. Erikson rozčlenil psychický vývoj jedince do osmi stadií. Na sklonku svého života pak psal ještě o “devátém věku“ = období pozdního stáří, které je charakterizované ubýváním sil a postupným ztrácením soběstačnosti.

Každé stadium lze charakterizovat cílem, k němuž člověk směřuje, případně problémy, jež jsou v této fázi obvyklé, dále pak způsoby řešení nastalých problémů a s tím vším související proměnou osobnosti. Erikson vycházel z předpokladu, že jedinec musí v každém vývojovém období vyřešit nějaký psychosociální úkol (odpovídající úrovni jeho kompetencí a pro tento věk obvyklý požadavkům společnosti). Sociální normy totiž podle Eriksona fungují jako stimuly rozvoje určitých vlastností a kompetencí: „Pokud se podaří stanovený úkol zvládnout, osobnostní vývoj může pokračovat, pokud se to nepodaří, může další vývoj stagnovat.“ (VÁGNEROVÁ 2005 s. 44)

Vývoj osobnosti nekončí dosažením dospělosti, ale je záležitostí celého lidského života. Každou vývojovou fázi lze definovat základním úkolem, který je třeba splnit. Individuálnímu životnímu cyklu také nemůžeme adekvátně porozumět bez ohledu na sociální kontext: „Jedinec a společnost jsou složitě propletení, dynamicky vzájemně vztaženi v nepřetržité výměně.“ (ERIKSON 1999 s. 109)

My se podíváme na jednotlivá stadia z pohledu, jak se jeví jedincům v devátém stadiu. (ERIKSON 1999 s. 102 - 109)

### **1. 1. 1. Základní nedůvěra proti důvěře: naděje**

Trvá od narození do jednoho roku. Tato fáze je zaměřena na dosažení základní důvěry ve svět, která pak umožňuje rozvinout osobnostní vlastnosti a způsoby chování. Potvrzení jistoty a bezpečí eliminuje úzkost a rozvíjí se otevřenost vůči okolnímu světu.

Zde je potřeba si uvědomit, že dítě, které přijde na tento svět, nemůže bez základní důvěry přežít. Z toho také vyplývá, že každá žijící osoba by tuto základní důvěru měla mít a zároveň s ní i určitý stupeň naděje. I když je trocha nedůvěřivosti k přežití nezbytná, nedůvěra sama o sobě nás může zbavit lásky a přátelství s ostatními lidskými bytostmi.

Přesto ve stáří, kdy tělo nevyhnutelně slábne, je člověk přinucen nedůvěřovat dokonce svým vlastním schopnostem. I jednoduché aktivity denního života totiž mohou přinášet obtíže a konflikty, a proto není divu, že se staří lidé často stávají unavenými a depresivními a naděje u nich může ustoupit zoufalství. „Přesto staří bez váhání přijímají, že slunce ustupuje noci, a těší se, že je uvidí vycházet svítící každé ráno.“ (ERIKSON 1999 s. 103)

### **1. 1. 2. Autonomie proti studu a pochybám: vůle**

Trvá od jednoho do tří let. Jedná se o fázi první emancipace. Rozvíjí se uvědomování sebe sama, sebeprosazování a také si dítě začíná uvědomovat hranice svých možností. Učí se prvním pravidlům chování a objevují se znaky vlastní vůle. Fáze je zaměřena na dosažení důvěry v sebe sama.

Dítě ve dvou letech proto začne být překvapivě svéhlavé. Jedná se ale také o období, kdy může být dokonale nejisté a stydlivé. Starým lidem, kteří již plně nedůvěřují autonomii svých těl a životních voleb, se opět něco z těchto pochyb začíná vracet. Člověk by chtěl to, co je rozumné a bezpečné, ale nic na světě takové doopravdy není.

Mnohý starý člověk by také chtěl mít všechno po svém až do konce. Když byl malý, byli všichni starší silnější a mocnější. Nyní, když je sám starý, jsou mocnější zase všichni ti mladší. Mohou o něm rozhodovat doktoři, právníci, vlastní děti... Stud a pochyby se tak opět stávají obrannou jednotkou autonomie.

### **1. 1. 3. Iniciativa proti vině: cíl**

Trvá od tří do šesti let. Tento věk bývá označován jako fáze iniciativy, aktivity, jež začíná být korigována společenskými normami. Vlivem výchovy se rozvíjí svědomí a s ním související pocit viny. Dítě získává různé zkušenosti – hlavně díky kontaktům s dalšími lidmi, a sice s vrstevníky a lidmi mimo rodinu.

Jedná se o období, kdy jedinec vykračuje novým směrem – buďto jako osamělý a přesto úspěšný výletník nebo coby hybatel, který inspiruje ostatní a přivádí je ke spoluúčasti. Lidská iniciativa může být statečná a plná nadšení dokud trvá, ale když selže, může být následována pocitem ochabnutí, nepřiměřenosti a viny.

Proto staří lidé, kteří v životě brali vážně své vůdcovství, mohou v pozdějších letech propadat pocitům viny, které příliš horlivou iniciativu někdy doprovázejí. S odstupem času se vše může zdát být nedůležité a starý člověk tak má dost práce už jen s tím, aby udržel pomalé, stále a náročné tempo na realizaci projektu, který se může zdát být přitažlivý a uspokojující pouze pro něj.

### **1. 1. 4. Zručnost proti pocitu méněcennosti: schopnost (kompetence)**

Trvá od šesti do dvanácti let. Bývá definována jako fáze snaživosti, kdy dítě usiluje o dobrý výkon a jeho prostřednictvím o uplatnění a prosazení. Snaží se vyhnout neúspěchu a z něj vyplývajícím pocitům méněcennosti.

Kriteria dnešní společnosti jsou celkově nastavená na hodnotu výkonu a úspěchu. Proto i otázky: “V čem a pro co jsi dobrý?” doprovázejí člověka již od mládí. K tomu, aby člověk v našem praktickém světě vynikl, potřebuje ke všemu, co dělá, určitý soubor schopností.

Když už ale člověku bylo čtyřicet, tak se zručnost, která byla jeho řídicí silou, stává pouze vzpomínkou. Člověk už nemá takové tempo, jaké si dříve mohl dovolit a chybí mu i ono nutkání, které jej k tomu vedlo. Člověk je tak přinucen přijmout svou nedostatečnost.

### **1. 1. 5. Identita proti zmatení identity: věrnost**

Trvá od dvanácti do dvaceti let. Jedná se o fázi rozvoje identity, což znamená významnou změnu sebepojetí. Jedinec usiluje o sebevymezení, hledá odpovědi na existenciální otázky a je plně otevřený nové zkušenosti.

Svou identitu získáváme hned při narození. Přesto se po celý život potýkáme se zásadními otázkami: “Kým vlastně jsme nebo kým si myslíme, že jsme?” Na druhé straně pak čelíme otázkám o tom, co si o nás myslí ostatní. Celý život totiž hrajeme role, a proto je zapotřebí mít stále na vědomí kým jsme, kde jsme a za čím stojíme.

Ve stáří může člověk pociťovat určitou nejistotu o svém statutu a roli. Kým je vlastně člověk v pětadesáti a později ve srovnání s tím, čím byl ve středních letech? Jeho role se v porovnání s pevností dřívějšího postavení stává nejasnější, protože on sám neví, jaká role či postavení se od něj očekává, že v by tomto období měl zaujmout.

### **1. 1. 6. Intimita proti izolaci: láska**

Trvá od dvaceti do pětadvaceti let. V této fázi je mladý člověk připraven sdílet svou identitu s jinou milovanou osobou a vytvořit tak párovou intimitu.

„Milovat a nalézat se v druhém znamená přinášet naplnění a potěšení.“ (ERIKSON 1999 s. 106) Spolu s potomky se člověku stává tento kruh radostným životním obohacením. Každému však toto štěstí a požehnání nemusí být dopřáno. Na ty, kteří toto bohaté období nerealizovali, pak může útočit pocit izolace a deprivace.

Pokud tedy jedinci život nepřinesl takové bohatství, na které by mohl vzpomínat a těšit se z něj, může se pak coby stárnoucí člověk cítit velmi opuštěný a odložený. Zároveň se však takový člověk může plně odevzdat umění, literatuře nebo vzdělanosti a být plně šťastný ve svém povolání a tvořivosti.

### **1. 1. 7. Generativita proti stagnaci: péče**

Trvá od pětadvaceti do padesáti let. Mluvíme o období, kdy by člověk měl něco vytvořit. Může jít o založení potomstva nebo o uplatnění se v profesi. Krize středního věku může být spojena s proměnou či s dalším posunem osobnosti.

Jedná se o největší časovou plochu ve schématu – 30 let a více, během nichž člověk uzavírá pracovní závazky, někdy začíná budovat novou rodinu a přitom věnuje čas a energii pokračování ve zdravém a produktivním životě.

V osmdesáti nebo devadesáti letech už ale člověk začíná mít méně energie a zhoršují se jeho schopnosti přizpůsobovat se náhlým změnám. Generativita již není nutně ve stáří očekávána, což starého člověka uvolňuje z úkolu pečování. Jestliže mu pak ale nejsou poskytovány žádné výzvy, může u takového jedince převládnout pocit stagnace a nepotřebnosti.

### **1. 1. 8. Integrita proti zoufalství: moudrost**

Začíná v padesáti letech, v dnešní době pravděpodobně o něco později. Člověk by měl přijmout vlastní život a zaujmout k němu pozitivní postoj. Jedinec dosahuje osobní integrity a nalézá smysl vlastního života, který již z větší části proběhl a nelze jej již žádným zásadním způsobem změnit.

„Život v osmém stadiu zahrnuje retrospektivní účtování s dosavadním životem člověka; záleží na tom, nakolik považuje člověk svůj život za dobře prožitý, neboť vystavení lítosti ze zameškaných příležitostí zvyšuje stupeň nechutě a zoufalství, kterou člověk zažívá.“ (ERIKSON 1999 s. 108)

Ať už se člověk cítí být se svým předchozím životem spokojený nebo ne, může být jeho rozhled v osmdesáti nebo devadesáti letech omezen na tolik, zda zvládl projít svým dnem bez úrazu. Starý člověk v těchto letech také častěji prožívá mnohé ztráty – rodičů, partnerů, někdy dokonce i dětí. V tomto vyrovnávání se je jasné sdělení, že smrt samotná je velmi blízko. Pokud je však člověk stále naplněn určitou dávkou naděje, má pořád důvod proč žít.

Jestliže tedy člověk v životě splnil své hlavní, generativní poslání, dostává se celistvost, nebo jak říká Erikson – integrita, na první místo. Říčan (1990 s. 421) se tuto skutečnost snaží přiblížit následovně:

*1. jde o pravdivost k sobě samému*, která umožňuje poznat, oč vlastně v celém životě šlo. Zaujetí pro pravdu může připomínat adolescenci, je však mnohem zralejší, zkušenější a schopnější zbavovat se iluzí – je více sebekritické.

*2. jde o smíření se vším, co bylo*. Staří lidé, kteří už zpětně vidí, co ve svém životě udělali dobře a co ne, překvapivě mnohdy říkají, že i kdyby měli možnost žít svůj život znovu, stejně by nechtěli, aby byl jiný. Sama jsem se setkala se stejným názorem u dotazovaných seniorů a musím říci, že mne zpočátku docela překvapil – proč by někdo mohl chtít opakovat stejné chyby? Nakonec jsem ale dospěla k závěru, že ve stáří vidí člověk chyby, které udělal během svého života jinak – a sice jako cenné a jedinečné zkušenosti bez kterých by nový život neměl žádný smysl.

*3. jde o domov*, místo, kam patřím a kam jsem vždycky patřil. Domov zahrnuje milované blízké osoby a místo, kam se můžeme a chceme vrátet. V širším kontextu patří k domovu také národ, k němuž patříme, solidarita s lidským pokolením i s celým vesmírem.

*4. jde o životní filozofii*, o moudrost, k níž se člověk dopracoval celoživotní zkušeností a přemýšlením. Jedná se také o pochopení hodnot, které platí i tváří v tvář smrti. Znamená to být otevřený prolínajícím se duchovním proudům celého lidstva, které spěje k jednotě. „Jak říká Erikson, jde o to být si vědom relativity všech životních filozofií. Ta, které jsme se dobrali právě my, vznikla jako náhodný souběh naší individuální existence a jednoho úseku historie lidstva. A přece právě ona je naší jedinou možností, jak se podílet na tom, co je společné celému lidstvu.“ (ŘÍČAN 1990 s. 422)

Podle Říčana (1990 s. 423) ale není integrita stáří něco, co by bylo možné jaksi definitivně “inkasovat” nebo na co by bylo možné si “sednout”. Ztráty stáří totiž starého člověka nutí, aby svou integritu hájil proti pocitům beznaděje a zoufalství, které důvěrně zná, a které musí čas od času překonávat.

### **1. 1. 9. Gerotranscendence**

Díky pozorování toho, jak se staří lidé vyrovnávají se zhoršováním funkcí svých těl a schopností, začali geriatři užívat slovo „transcendence“, aby popsali stav, který některé osoby rozvinou a jsou schopny si jej i nadále uchovat. „Jednoduše řečeno, gerotranscendence je posun do meta pohledu, od materialistické a racionální vize k vizi kosmičtější a transcendentnější, normálně doprovázený vzestupem životní spokojenosti.“ (ERIKSON 1999 s. 117)

„Transcendovat“ podle slovníku znamená „zvedat přes nebo jít za omezení, překročit, předčít a také přesahovat svět a čas.“ V devátém a desátém deceniu přináší starý věk nové požadavky, přehodnocování a také každodenní obtíže. To vedlo E. H. Eriksona k ustanovení stadia psychického vývoje, ve kterém by bylo možné výzvy stáří objasnit, porozumět jim a vidět je osmdesáti a devadesátiletýma očima.

Tělo v tomto věku začíná ztrácet svou autonomii i přes jakoukoliv snahu stále udržet sílu a ovládání. Ohroženy jsou i nezávislost a sebeovládání jedince, z čehož mohou plynout slábnoucí sebeúcta a sebedůvěra. Vzhledem k tomu, že je téměř nemožné vědět, jaké stavy nouze a ztráty fyzických schopností bezprostředně hrozí, stává se zoufalství (patrné již v osmém stadiu) v tomto stadiu důvěrným společníkem starého člověka. Snad nejмoudřejší cestou, jak tomuto pocitu čelit, se zdají být víra a pokora.

### **1. 1. 10. Spiritualita ve stáří**

Jak tedy z výše uvedeného vyplývá, stáří s sebou přináší něco velice pozoruhodného, a sice šanci duchovní expanze, kterou předchodí stadia života v takové míře neměla. E. Lukasová (1998 s. 82, 83) uvádí vývoj a průběh rozličných lidských dimenzí, jak je načrtl profesor Kazimierz Popielski:

- novorozenec je už dobře tělesně vyvinutý a také disponuje jednoduchými psychickými funkcemi, ale duchovní potenci v sobě teprve nese
- v prvních třiceti letech nabývá duchovní dimenze na rozsahu, psychické fenomény jsou školeny výchovou a zkušeností a začíná duchovní zrání

- to zůstává dalších 20 let konstantní, i když už se pomalu ukazují známky tělesného chátrání
- ve věku nad 50 let se duchovní síly nadále rozvíjejí, jsou schopny přijímat nové a dále zrán

Také dosavadní zahraniční výzkumy dokazují, že potřeba spirituality se ve stáří zvyšuje. Podle Vaníčkové (2002) se tyto výzkumy zabývají především vztahem náboženského života a kvality života ve stáří. Výsledky ukazují, že existuje jasná vazba mezi zdravotním stavem starých lidí a účastí na náboženském životě, a že skupina nábožensky aktivních jedinců vykazuje nižší výskyt depresí, úzkostí, závislostí i sebevražd.

Vzhledem k tomu, že spiritualita a náboženství jsou dvě v zásadě oddělené entity, které se mohou, ale nemusí překrývat, ráda bych zde tyto pojmy objasnila:

„Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, co je mimo naši moc. Nemusí se vždy jednat o hledání Boha, ale např. o otázku pravdy nebo o hledání smyslu života. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církví nebo nějakou denominací. Náboženství má zpravidla jasně organizovaný systém vztažený k Bohu, který má svou věrouku, rituály, praxi i denní povinnosti věřícího. Zatímco náboženství je zpravidla ztotožňováno s institucí a organizovaným duchovním životem, spiritualita je pojmem nadřazeným, neboť zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve vlastním systému religiózních představ. Často ani mnohým osobám, které se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti a existenci duše. Mnozí mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života.“ (IVANOVÁ 2005 s. 205)

## **1. 2. Vůle ke smyslu a dimenze hodnot**

„Má-li člověk rozumět své životní situaci, má-li být trpělivý, odvážný, důvěřivý a schopný trpět, musí spatřovat ve všech událostech, kterými v životě prochází (a zejména v krizových fázích), smysl.“ (CZECH 2003 s. 38) Právě myšlenky a antropologické představy o sebetranscendenci, utrpení a osudu vedly v první polovině 20. století Viktora Emanuela Frankla k vyvinutí nové psychoterapeutické metody zvané logoterapie.



### **1. 2. 1. Logoterapie**

Wolfgangem Souckem byla logoterapie oficiálně označena jako “Třetí vídeňský směr psychoterapie“ (FRANKL 1997 s. 50). Vedle Freudovy psychoanalýzy (určující jako hlavní cíl lidské motivace „vůli ke slasti“) a Adlerovy individuální psychologie (spatřující tuto roli ve „vůli k moci“) Frankl ve své logoterapii staví na vrchol třetí veličinu, a sice “vůli ke smyslu“. Oproti dvěma výše uvedeným psychoterapeutickým směrům, se kterými se V. Frankl nejvíce vyrovnával, tak buduje svoji “psychologii výšin lidského života“.

Význam slova logoterapie je odvozen z řeckého logos, což znamená smysl (životu). Podle Frankla lze v životě najít smysl (WIKIPEDIE 2008):

1. ve vykonání činu (myšleno hlavně v sebepřesahujícím činu; v takovém, jenž je konán s ohledem na ostatní)
2. prožitím hodnoty (= opravdový zážitek, který člověka obohacuje či povznáší), tou nejhodnotnější je láska
3. v utrpení (proměnění-li ho člověk ve své morální vítězství)

Jestliže není touha po smyslu v životě naplněna, může tato situace vést od frustrace až k existenciálnímu vakuu. V takovém případě člověk začíná pochybovat o smyslu své existence i o smyslu života vůbec. Pokud tato frustrace dále pokračuje, může vést k depresi, neuróze nebo dokonce k sebevraždě. Logoterapie je právě metodou, která klientovi pomáhá nalézt východisko z jeho existenciální frustrace. Využívá k tomu průzkumu a podpory jeho osobního hodnotového žebříčku.

### **1. 2. 2. Vůle ke smyslu**

Jistě by nás nikdy nenapadlo, že by si nějaké zvíře mohlo položit otázku po smyslu své existence a tím ji zároveň zpochybnit. Otázky po smyslu života a pochybnosti s tím spojené jsou totiž záležitostmi specificky lidskými. „Výhradně člověku jako takovému je vyhrazeno prožívat svou existenci jako problematickou, zakusit celou problematičnost svého bytí.“ (FRANKL 2006 s. 43) A opět pouze člověku je dovoleno klást si otázku po smyslu svého života a tím zároveň o smyslu celého svého bytí pochybovat.

Podle V. E. Frankla se ovšem nelze tázat po smyslu života jako celku (to považuje přímo za “nesmyslné”), ale je podle něj třeba, aby se člověk zabýval vždy svou konkrétní existencí. V otázce po smyslu života je proto nutné udělat tzv. koperníkovský obrat: „Život sám je to, kdo klade člověku otázky. Člověk se nemá co tázat, daleko spíše je životem tázán, on má životu odpovídat – má život z-odpovědět.“ (FRANKL 2006 s. 72) Odpovědi, které člověk vydává, mohou být podle Frankla, pouze a jedině konkrétními odpověďmi na konkrétní “životní otázky”.

Tyto základní myšlenky lze také rozvinout asi takto: na smysl života bychom se vlastně neměli ptát, neboť jsme to my sami, kdo je tázán; my jsme ti, kdo mají odpovědět na otázky, které nám klade život. Tyto životní otázky pak můžeme zodpovědět pouze tím, že odpovídáme za své zdejší bytí. „Smysl je žitou odpovědí na palčivou otázku: Pro co žít? Člověku se nechce “nechat žít“ v tupé a slepé pasivitě. Chce vědět a cítit, k čemu tu je, pro co má něco vykonat. Chce svůj život ve vztahu ke svému okolí a k druhým lidem spoluutvářet. Chce být tam, kde lze cítit cenu života a chce mít podíl na tom, co je ve světě zajímavého, krásného a významného.“ (LÄNGLE 2002 s. 7)

### **1. 2. 3. Dimenze hodnot**

V souvislosti se smysluplností života rozlišil V. E. Frankl (1997, s. 50) tři hodnotové skupiny. Tyto tři možnosti jsou: čin, který si vytyčíme, dílo, které vytvoříme, nebo zážitek, setkání a láska. Ale také potom, když jsme konfrontováni s nezměnitelným osudem, i pak můžeme vydobýt ze života nějaký smysl tím, že podáváme svědectví o nejlidštější z lidských schopností: o schopnosti transfigurovat utrpení do lidského činu.

#### **1. 2. 3. 1. Zážitkové hodnoty**

Život naplňuje smyslem již to, že jej dokážeme vnímat v celé jeho pestrosti, mnohotvárnosti a souměrnosti jako něco krásného. Soustředíme-li se na krásu věcí, tak na smysl jako takový ani nepomýšlíme (příkladem nám může být květina, která svým vznikáním a zanikáním, nádherou květů a vůní a pestrostí tvarů a barev může tolik říci). Stejně tak nám mohou poskytnout zážitky lidské výtvořiny – zmiňme alespoň umění, sport, techniku a vědu.

K vůbec nejhlubším zážitkovým hodnotám konečně patří setkávání s druhými lidmi. To může probíhat při rozhovoru, v práci, při mnohých dalších činnostech a zvláště pak v lásce k druhému "Ty". Zážitky jsou v tomto případě smysluplné tehdy, jestliže věci, se kterými se setkáváme jsou krásné samy o sobě, nebo jestliže se ten, kdo zážitky vnímá, na nich zároveň spoluúčastní a tím je i vnitřně spoluuskutečňuje v jejich povaze.

„Zážitkové hodnoty jsou důležité v několikerém ohledu. Jejich prostřednictvím zakoušíme původní krásu života, získáváme své duchovní síly, s jejichž pomocí pak zas můžeme smysluplně utvářet svůj život i v jiných oblastech.“ (LÄNGLE 2002 s. 32)

*Během svých hovorů se seniory, kteří žijí v ústavní péči jsem se opakovaně setkala s velice kladným vztahem klientů k prostorám v okolí budovy, kde bydlí. Obzvlášť v létě mohou – pokud jim to fyzická kondice dovolí, vyjít na zahradu a odpočinout si v oáze zeleně a klidu. Klienti, kteří sami vycházku nezvládnou, mají možnost využít nabídky personálu a vyrazit ven na invalidním vozíčku nebo i se samotnou postelí.*

### 1. 2. 3. 2. Tvůrčí hodnoty

Člověk může svůj život prožívat smysluplně i tam, kde působí na svět tvořivě. Jde zde o to, že člověk vkládá něco hodnotného do světa kolem sebe a tím jej sám obohacuje (na rozdíl od zážitkových hodnot, kde něco pojímá z okolního světa a tím obohacuje sám sebe).

U tvůrčích hodnot lze tedy hovořit o vytvoření díla nebo vykonání činu. Můžeme sem zahrnout uměleckou tvorbu i průkopnické činy vědy a techniky. Nelze opomenout situace běžného života, jako jsou výchova dětí, svědomité vykonávání svého zaměstnání, živení rodiny, starost o domácnost, péče o nemocného, starého člověka... Závaznost, opravdovost a oddanost dávají tomuto lidskému konání tvář v tvář vlastní pomíjivosti trvalou hodnotu.

„Román, který někdo žil, je ještě vždycky nesrovnatelně větší tvůrčí výkon než ten, jenž někdo napsal.“ (FRANKL 2006 s. 50) Podle V. E. Frankla totiž nezanikne žádná z velkých myšlenek, a to i kdyby neměla vstoupit ve známost a kdyby si ji člověk "měl odnést s sebou do hrobu". Žádný vnitřní lidský životní příběh se totiž podle něj neodehrává nadarmo i přesto, že si jej nikdo nevšimne a neudělá z něj román.

*V centru služeb pro seniory jsem se setkala se širokou nabídkou aktivit zaměřených na zájmovou činnost podobnou té, které se lidé věnovali v průběhu svého aktivního života. Senioři tak mohou vařit, šít, vyšívát a jinak se tvořivě realizovat.*

### 1. 2. 3. 3. Postojové hodnoty

Jinak je tomu v situacích, kdy je život spoután nemocí nebo osudem tak, že v jejich zajetí už není možné uskutečňovat první ani druhé zmíněné hodnoty. Člověk totiž pro bezvýhodné, osudově svízelné situace není od přírody zrovna nejlíp vyzbrojen. Proto ani není divu, že je tak obtížně zvládá.

Na jedné straně se tak zdá, že člověk nemá nic, čím by mohl vyvážit nesmyslnost utrpení např. nad smrtí člena rodiny nebo v případě diagnózy nevyléčitelné nemoci. Na druhé straně tu jsou i takoví lidé, kteří dokážou s obdivuhodnou suverenitou zvládat rány osudu, tíhu utrpení, či dokonce vlastní umírání.

Nabízí se tedy otázka, co může učinit člověk, který je tváří v tvář vystavený hrůze osudového utrpení, na němž už nelze nic změnit, a kterému nelze zabránit. Opravdu takovému člověku nezbývá nic než vydat se osudu na pospas?

„Svědectví života řady lidí, kteří prošli velmi těžkými životními úseky, o mnohé při tom přišli, a přece neprožívají život jako prohru, ztrátu, pád do nesmyslnosti, nám ukazuje, že překonávání nesnází, překonávání duševních i tělesných bolestí, může znamenat naplněný život a růst, pokud v nich člověk nalézá smysl.“ (OPATRŇÝ 2000)

I když je tedy osud mnohdy nevyhnutelný a nezměnitelný, vždy se v životě nabízejí možnosti, jak se zachovat po svém. Člověk se ve svém počínání ale nesmí křečovitě upnout na svůj požadavek vůči osudu, jímž se domáhá, aby se změnilo něco, co je nezměnitelné. V tom případě by se všechny možnosti vytratily, protože by jim byla kladena nesplnitelná podmínka.

Možná by se dalo říci, že právě největší nebezpečí spojené s ranami osudu tkví právě v představování si všeho, co by mohlo být jinak (krásnější a lepší), nebýt osudu. Takové smýšlení jistě člověka brzy uvrhne do hluboké deprese a trudnomyslnosti.

„Když jsem vystaven osudovým okolnostem a vlastní nesvobodě změnit je, záleží méně na tom, čím trpím. To se stává vedlejší záležitostí, neboť na to nemám vliv. Hlavní věcí se tu stává rozhodnutí, zda vůbec chci na sebe takové utrpení vzít, nebo zda se chci pokusit o to, co je nemožné – vyhnout se osudu popřením, otupením, drogou, nebo sebevraždou. Mně, a to výlučně mně samému, je vyhrazen způsob, jak trpím, a odpovědnost za vztah či za hodnotu, pro něž chci navzdory svému utrpení svůj život žít a vytrvat v něm. Pro co trpím, to patří k tomu nejdůvěrnějšímu v mém životě. Co jiného se v mém postoji projevuje než podstata mé vlastní osoby?“ (LÄNGLE 2002 s. 36)

Je tedy zřejmé, že člověk může prostřednictvím svých postojů k osudu uskutečňovat smysl i v těžkých životních situacích. I přesto, že nás osud připraví o vnější svobodu, vždy nám ještě zůstane jedna svoboda, totiž svoboda postavit se osudu tak či onak. Buď se mu vydat napospas bez boje, nebo se snažit vytrvat a z jeho vlivu se vyprostit. I takovými postoji se člověk osobnostně rozvíjí a vyjadřuje tak názor k hodnotě života vůbec.

Elizabeth Lukasová (In Křivohlavý 1994 s. 38) popisuje možnosti, jak se rozhodovat v situacích mezi kladnou a zápornou postojovou hodnotou následovně:

- buď mobilizovat vnitřní síly ke zvládnutí překážek, anebo se litovat “jaký jsem to chudák“
- buď usilovat o zachování úcty a vážnosti sama k sobě, anebo ztrácet veškerou úctu sama k sobě
- buď hrdinně bojovat v situaci, která se nepříznivě změnila, anebo vše ztracovat, naříkat a plakat, že se vše změnilo k horšímu
- buď posilovat důvěru ve smysluplnou budoucnost, anebo si zoufat nad marností a bezvýchodností všech snah
- buď se snažit přijmout nepřijatelné (“osud“), anebo se uzavřít jako hlemýžď do ulity a rozzlobit se na celý svět
- buď otevřít oči, vidět nouzi druhého člověka a snažit se mu pomoci, anebo se stavět nevidouce a neslyšící k těžkostem lidí okolo sebe

- buď se v rozepři vzchopit, nalézt odvalu a odpuštění a ochotu ke smíření, anebo nesmiřitelně stát na svém, i kdyby se svět zbořil

*V centru služeb pro seniory jsem se setkala s paní, která navzdory tělesnému handicapu zůstala až do svých 89 let pozitivní. I přesto, že se svého cíle stát se učitelkou (vzhledem k onemocnění španělskou chřipkou v dětském věku) musela vzdát, vždy se snažila být svému okolí nápomocná. V rámci možností dohlížela na mladší kamarády, jak si hrají a snažila se co nejlépe doopatrovat své rodiče. V centru služeb pro seniory je ze všech uživatelů služeb nejdelší dobu a v kolektivu pracovníků i mezi ostatními obyvateli je oblíbená pro svou přátelskou a optimistickou povahu. Osudová nemoc ji tedy nezlomila, ale “vymodelovala” ji do podoby v jaké v dnešní době je.*

#### **1. 2. 4. Obtížné životní situace a možnosti pomoci**

Utrpení může mít v životě nejrůznější podoby. Může se nás dotýkat nepřímo i bezprostředně a vést nás k zamyšlení nad jeho smyslem. Co je na utrpení vůbec nejdůležitější je skutečnost, že často vede k duchovní přeměně postiženého jedince.

Podle E. Lukasové (In Křivohlavý 1994 s. 78) smysl utrpení není v tom, že zde je, ale v tom, jak se k němu postavíme, jaký postoj k němu zaujmeme. Podobně jako v tazání se po smyslu života i v případě utrpení by tedy člověk neměl hledat odpovědi na otázku “Proč?” (např. “Proč se to stalo zrovna mně?”), ale mělo by dojít k celkovému obratu ve smýšlení postiženého člověka. Otázka potom tedy zní: “Jaký postoj člověk, který prožívá utrpení ve vlastním těle, k tomu, co se děje, zaujme.”

Autorka švýcarského původu, působící ve Spojených státech amerických, Elisabeth Kübler-Rossová učinila krok k detailnímu poznání psychického prožívání člověka při příchodu vážné nebo nevyléčitelné nemoci. V roce 1969 totiž vydala knihu Rozhovory s umírajícími, kde zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání nemoci na psychické úrovni.

Domnívám se, že nejen zpráva o těžkém onemocnění, ale každá špatná zpráva nebo nečekaná negativní událost v lidském životě bývá přijímána a zpracovávána obdobně. Ráda

bych zde proto uvedla fáze přijetí neblahé zprávy, jak je popisuje Dr. Šestáková (In Opatrný 2000):

*1. Zavírání očí.* Jedná se o obrannou fázi - člověk hledá pomoc ve své nesnázi, není ochoten zprávu o svém stavu akceptovat a intelektem zpracovat. Postiženému je proto třeba dopřát čas a netlačit ho k přijetí pravdy. Je také třeba vidět rozdíl mezi jeho stav popírajícími výpověďmi a mezi tím, co si opravdu myslí.

*2. Zloba.* V této fázi se hledá viník – podněty z okolí přijímá postižený bez radosti, s určitou pasivní agresivitou. Proto by se zde ze strany druhého mělo spíše mlčet - zlobné reakce není třeba vyvracet, natož morálně hodnotit. Naslouchající zde může plnit jakousi roli “suché vrby”.

*3. Vyjednávání.* Je fáze prchavá, jde v ní o oddálení. Postižený se často může chovat trochu jako dítě, čekat “odměnu” za výkony, které podstupuje. Je zde na místě trpělivá vlídnost, která bez agresivity vrací jedince do reality a k postojům dospělého člověka. Nemusí být ovšem vždycky úspěšná.

#### *4. Deprese*

- deprese reaktivní - člověk má tvář v tvář svému utrpení pocitu studu, viny.  
V této fázi bývá vhodné oslovit rodinu, působit na zintenzivnění kontaktů, které mohou pocity viny rozptýlit. I postižený potřebuje být pravdivě ujištěn o tom, že je důležitý, že je pro druhé přínosem, i když se o něj musejí starat a on už nedělá to, co dělal dříve.
- deprese přípravná – člověk si uvědomuje, že bude ještě hůř, vnímá trvalost ztrát, které neštěstí přineslo a ještě přinese, vnímá nevratnost svého stavu.  
Není zde vhodné říkat: “Nesmíš se tomu poddávat!“, prohloubilo by to pouze pocity viny. Postižený potřebuje někoho, s kým může všechny své smutky, obavy a špatné prognózy probrat. Není proto třeba ho utěšovat (a už vůbec ne utěšovat planými nadějemi), je třeba naslouchat a s účastí snést i řeči o nejtemnějších prognózách.

*5. Souhlas – smíření.* Je fáze osvobození od krutých pocitů viny a od strachů ze ztrát. Do této fáze ovšem nedospěje každý. Zpravidla větší péči než postižený, potřebuje v této fázi jeho

rodina. Je také dobré, když s postiženým místo nereálných slibů, útěch a plánů plánujeme “malé uskutečnitelné radosti”.

Podle E. Lukasové (1998 s. 64) jsou v krizi, vzniklé nezměnitelným utrpením, myslitelné tři následující možnosti pomoci:

1. víra a důvěra v Boha
2. soucit a pochopení nejbližšího okolí
3. vlastní stabilní naplnění smyslu

Lze však říci, že dnešní doba a pokrok s sebou nesou ztrátu mnohých jistot - důvěra člověka v Boha silně kolísá a o mezilidské soudržnosti někdy ani nelze mluvit. Osobní naplnění smyslem se tak může stát posledním kritériem toho, jestli člověk vnitřní krizi z utrpení překoná nebo ne.

Jestliže byli totiž dříve na blízku člověku, který nějakým způsobem překonává utrpení, kněží či duchovní, rodiče, anebo příbuzní, stávají se nyní stále častěji těmi správnými osobami pro pomoc a pochopení lékaři, psychoterapeuti či sociální pracovníci.

Lze také říci, že ve vyspělých zemích přibýlo lidí, kteří často nestrádají hmotně, ale na snášení životních obtíží nemají “blízkého člověka”, se vším se musejí potýkat sami. Právě v rozvinutých společnostech, kde není mnohdy potřebné zajišťovat pomoc pokud jde o základní životní potřeby, proto přibývá těch, kteří potřebují více či méně organizovanou pomoc druhých lidí.

A proto nemáme-li chápat nouzi člověka a pomoc v ní jen jako mechanickou záležitost, podobající se opravě porouchaného auta, musíme objevovat duchovní dimenzi ve všech starostech, strastech a úkolech člověka, které se ho hlouběji dotýkají.

Pastorační péči pak rozumíme tu složku starostlivosti o potřebného člověka, která se týká jeho samého, jeho osoby, která přesahuje odbornou praktickou pomoc ať v sociální nebo ve zdravotní oblasti, a která blíže nebo vzdáleně souvisí buď s vírou potřebného, nebo s vírou pomáhajícího nebo konečně s vírou obou dvou.



## **2. SENIUM**

### **2. 1. Problematika stárnutí a stáří**

Stálým přibýváním počtu seniorů a zlepšováním jejich zdravotního i funkčního stavu se v ekonomicky vyspělých zemích posouvají hranice stáří do stále vyššího věku. „Současný člověk až do nedávné minulosti - v podstatě do padesátých let dvacátého století - umíral výrazně předčasně a nenaplňoval tak potenciální délku života, kterou mu jeho organismus nabízí. Nyní se poprvé za celou dlouhou dobu své existence blížíme v délce života k jeho biologickým hranicím. Navíc dlouhý život přestává být výsadou jedinců a naopak se stává masovým, a tudíž normálním jevem. Tento nesmírně pozitivní vývoj lze charakterizovat jako obrovské vítězství humanity a je s podivem, že jeho efekty - to je větší počty seniorů dožívající se stále vyššího věku - jsou tematizovány jako zásadní společenský problém a jsou tak také prezentovány.“ (RABUŠIC 2002)

#### **2. 1. 1. Periodizace období stáří**

„Podle definice Světové zdravotnické organizace je stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy poškození fyzických či psychických funkcí se stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (In Haškovcová, 1990 s. 56)

Lze také říci, že stáří (senium) je obtížně definovatelnou poslední fází života. Britský psycholog Stuart-Hamilton (1999 s. 18) píše: „Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří.“

Přesto se setkáváme se snahami rozdělit stáří na jednotlivé etapy. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek stáří považuje věk 65 let, podle definice Světové zdravotnické organizace je teprve 75. rok věku počátkem vlastního stáří.

Kolektiv autorek Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2003 s. 16) uvádí toto rozdělení:

- 60 – 74 let – počínající stáří
- 75 – 89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

nebo také:

- 65 – 74 let – mladí senioři
- 75 – 84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři

## **2. 1. 2. Stárnutí populace**

„Podle demografických údajů bude do roku 2010 v České republice ve věku 60 a více let 22,9 % osob. Celosvětově jsou potom nejrychleji rostoucí skupinou staršího obyvatelstva lidé ve věku nad 80 let, přičemž oproti roku 2000 jejich počet v příštích 50-ti letech vzroste 5krát.“ (MOTÉJL, 2007) Úvahy o budoucích počtech seniorů jsou samozřejmě založeny pouze na odhadech a skutečný vývoj, především ve vzdálenějším časovém horizontu, může být odlišný.

V souvislosti se vzrůstajícím počtem seniorů (zvláště osobami ve věku 85 a více let) se často mluví o mnohých důsledcích pro společnost (obzvláště ekonomických), vzhledem k tomu, že právě osoby v tomto věku mívají většinou horší zdravotní stav a tudíž vyžadují častější sociální a zdravotní péči než jakou by mohli vyžadovat senioři mladší.

Zde je ale nutné uvést, že ne vždy platí rovnice stáří = nemoc. Nemoci mají mnoho různých fyziologických, fyzických a psychických příčin, ve kterých hrají důležitou roli osobnost a životní styl člověka, prostředí, ve kterém žije, způsob, jakým se stravuje a jiné návyky. Můžeme se tak mnohdy setkat se seniory, kteří si uchovávají aktivní životní styl až do vysokého věku a jsou relativně zdraví.

## **2. 1. 3. Pohled na stáří**

Stáří bylo v historizujícím kontextu reflektováno a hodnoceno jak jednotlivci tak společností různě. „Historikové dřívějších epoch předkládají důkazy o tom, jak byli v orientě staří lidé ve vysoké věku pro dlouhé životy naplněné službou a pro dobrý úsudek.“

(ERIKSON 1999 s. 119) I jiné historické, antropologické a náboženské dokumenty zaznamenávají, jak byli dlouho žijící staří jedinci za dávných časů oslavováni a uctíváni.

V podstatě lze obecný pohled na stáří vymezit dvojím způsobem:

1. *Představa idylického stáří* – je podložena názorem, že to staří lidé měli kdysi podstatně lepší, protože jim byly připisovány šlechetné vlastnosti jako je moudrost, trpělivost a laskavost, čímž se ty méně atraktivní a vždy přítomné projevy stáří dostaly do pozadí.
2. *Negativní obraz stáří* – zde je stáří chápáno jako synonymum marnosti, strádání, nemocí a bolesti. Nepřátelský postoj společnosti ke stáří může přerůst někdy ve skrývaný, jindy dokonce otevřený boj proti starým lidem. „V angloamerické literatuře je pro zjevně nepřátelské a agresivní chování vůči starým lidem používán pojem ageismus (age – starý) a jeho praktický význam lze paralelně odvodit od nechvalně proslulého rasismu.“ (HAŠKOVCOVÁ 1990 s. 57)

#### **2. 1. 4. Osobnost starého člověka**

Úvodem je třeba zdůraznit, že se při fyziologickém stárnutí a ve stáří kvalitativně nemění struktura osobnosti. Rozhodující není to, že je někdo starý, ale záleží na tom, kdo stárne. Pro kvalitu psychiky ve stáří tak má zřejmě větší význam osobnost člověka než její kalendářní věk.

Občas přesto můžeme slyšet, že člověk ve stáří karikuje svou vlastní povahu. Charakteristické osobnostní rysy totiž ve stáří mohou získat nebo ztratit na své intenzitě. Úzkostný člověk se tak ve stáří může změnit v obtížného hypochondra, šetrný se může stát lakomým, ostražitý nedůvěřivým. Introverze se ve stáří může vystupňovat v samotářství, extrovert se zase může stát povrchním, obtížným až stereotypním.

V oblasti psychiky však platí i to, že ne všechny změny při stárnutí a stáří směřují jen k horšímu. Ve stáří se často zvyšuje vytrvalost, trpělivost a pochopení pro motivy jednání stejně starých nebo mladších lidí. Můžeme se tak setkat s moudrostí, která je zakotvená

v rozvaze a soudnosti, jež často přicházejí právě s věkem. Starý člověk je také stálejší ve svých názorech a vztazích s ostatními lidmi.

### **2. 1. 5. Sebeobraz a životní spokojenost ve stáří**

„V každém věku se může člověk vyvíjet, může získávat, dělat pokroky, vyrovnávat se se ztrátami a nedostatky a žít naplno. Ve stáří je člověk poněkud zranitelnější nahromaděním různých životních zvrátů a změn. Nejzávažnější jsou např. odchod do důchodu, odchod dětí z domova, narození vnoučat, smrt blízkých, známých nebo vrstevníků, změna bydlení, vstup do domova důchodců.“ (ZAVÁZALOVÁ A KOL. 2001 s. 77) Chceme-li tedy porozumět celé osobnosti stárnoucího člověka, je potřeba zvážit také vnější vlivy, které sebeobraz starého člověka a jeho životní spokojenost ovlivňují.

Především je to vliv stereotypu “typického“ starého člověka. Společnost očekává, že se lidé budou chovat přiměřeně svému věku. Staří lidé si navíc mnohdy sami kdysi vytvořili vlastní nereálné stereotypy týkající se stáří, a ty je nyní neustále pronásledují. Stereotypy pak mají pravděpodobně vliv na sebedůvěru, protože obecně platí, že čím více jim starý člověk podléhá, tím nižší je jeho sebehodnocení. U většiny lidí se tak sebeobraz ve stáří zhorší.

Zajímavá je studie autorky Ryffové (In Hamilton, 1999 s.161): požádala subjekty mladého, středního a pokročilého věku, aby hodnotily vlastní minulost, současnost a budoucnost, a současně svou duševní pohodu. Došla k závěru, že subjekty mladého a středního věku mají tendenci vidět se na cestě k sebezdokonalení – v současnosti jsou lepší než v minulosti a v budoucnu se ještě zlepší. Naproti tomu staří lidé měli pocit, že se udržují na stále stejné úrovni, jakou znali z minulosti a do budoucna předpokládali pouze celkový pokles.

Mezi příčiny změny sebeobrazu lze zařadit i tělesné změny a změny ve společenských rolích a vztazích. Přehled změn, které stáří přináší, uvádí tabulka č. 1 (VENGLÁŘOVÁ 2007 s. 12.)

Tabulka č. 1. Změny ve stáří

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
změny vzhledu úbytek svalové hmoty změny termoregulace změny činnosti smyslů degenerativní změny kloubů kardiopulmonální změny změny trávicího systému změny vylučování moči změny sexuální aktivity	zhoršení paměti obtížnější osvojování nového nedůvěřivost snížená sebedůvěra  sugestibilita  emoční labilita  změny vnímání zhoršení úsudku	odchod do penze změna životního stylu stěhování ztráty blízkých lidí  osamělost  finanční obtíže

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ 2007

Největší změnou v oblasti sociální je pravděpodobně ovdovění a odchod ze zaměstnání:

1. *Práce a odchod na odpočinek* – lze říci, že spokojenost nesouvisí s tím, kolik práce člověk vykoná, ale spíše, zda se jedná o práci, kterou člověk chce dělat, a která jej baví. Jedince odcházející do důchodu tak můžeme rozdělit na skupinu, která tuto událost vnímá s určitou obavou a na skupinu, která tuto skutečnost hodnotí pozitivně.
2. *Ovdovění* – ztráta životního partnera, manžela nebo manželky postihuje vzhledem k vyšší naději dožití mnohem častěji ženy než muže. „Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60 – 64 let asi 1,2 : 1, ve věkové skupině 75 – 79 let asi 1,8 : 1, ve věkové skupině 90 a více let 3 : 1 a ve věku 100 a více let asi 4 : 1.“ (KALVACH, ONDERKOVÁ 2006 s. 8) Pro osoby vyššího věku je tedy typické mnohem vyšší zastoupení žen, které jsou ovdovělé nebo osamělé.
3. *Ostatní faktory* – životní spokojenost stárnoucího člověka mohou ovlivňovat mimo uvedené faktory také jiné události, například smrt přátel, potíže mladších příbuzných či s mladšími příbuznými a podobně. Zásadním faktorem snižujícím pocit vlastní hodnoty a zvyšujícím výskyt depresivních symptomů jsou finanční problémy. Určitý vliv může mít i úroveň sociální péče, která se starým lidem dostává.

Vlivy těchto událostí na člověka jsou však závislé na typu jeho osobnosti a socioekonomické situaci, v níž se nachází. Platí zde, že dobře integrovaná osobnost se dovede se stresem vyrovnat daleko lépe než osobnost dezintegrovaná. Lze tedy říci, že vliv, který určitá událost na člověka bude mít, do značné míry záleží právě na něm.

## **2. 1. 6. Adaptace na stáří**

Změny společenského života a prodlužování lidského věku s sebou přinášejí také nové otázky okolo role seniorů ve společnosti. Dříve očekávané a uplatňované vzorce chování starých lidí z dob minulých již nejsou platné a nikdo neví, jaké chování starých lidí by mělo odpovídat době současné. Adaptace člověka na stáří záleží na mnoha faktorech, rozhodující ale stále zůstává osobnost jedince v kontextu celého dosavadního života. Bromley (In Pacovský, 1990 s. 41, 42) rozlišuje pět strategií přijetí stáří:

*1. Konstruktivnost.* Jeví se být jednoznačně neoptimálnější strategií. Starý člověk je spokojený, má smysl pro humor a navazuje osobní vztahy s ostatními lidmi. Jeho postoj k životu je optimistický, je soběstačný, tolerantní a přizpůsobivý. Konstruktivní člověk má své zájmy, které soustavně rozvíjí a současně je smířený s faktem stárnutí. Na svou minulost se dívá bez jakékoliv hořkosti a ničeho nelituje. Je smířený se smrtí, ale do budoucna se stále dívá s perspektivou.

*2. Závislost.* Starý člověk je pasivní a nesoběstačný. Očekává, že jeho citové a materiální potřeby uspokojí druzí. Takový člověk se snadno unaví a rád odpočívá. Ve vztahu k druhým lidem bývá opatrný a podezřavý. Obává se narušení své bezpečnosti a pohodlí. Žádná činnost jej neuspokojuje, centrem zájmu je jeho vlastní osoba. Své problémy často zveličuje, což mu umožňuje snadnější manipulaci s lidmi, kteří jsou v jeho blízkosti.

*3. Obranný postoj.* Předcházející život tohoto starého člověka byl plný aktivity a spíše profesně orientován. Z tohoto důvodu se coby starý člověk obává jakékoliv závislosti a hrozící ztráty aktivního života. Takový člověk se není schopen smířit se svým stárnutím a neustále hledá nové činnosti. Je soběstačný a od okolí odmítá jakoukoliv pomoc. Na udržování sociálních kontaktů nemá čas.

4. *Nepřátelství*. Lidé patřící do této kategorie měli neustálé meziosobní konflikty již v předcházejícím životě. Mají tendenci svalovat vinu na druhé, bývají agresivní a podezřívaví. Nejsou schopni flexibilně reagovat na problémy stáří. Často se velmi brání ztrátě zaměstnání, vůči lidem (hlavně mladým a úspěšným) se chovají nepřátelsky, protože jim závidí. Většinou žijí osaměle, protože rodina i ostatní lidé se jim spíš vyhýbají. Tito lidé nejsou a nikdy nebyli schopni tolerance, lásky ani altruismu.

5. *Sebenenávist*. Na rozdíl od předchozí skupiny, tato skupina starých lidí obrací svou nenávist vůči sobě. Nedovedou zaujmout konstruktivní postoj ke stáří, i když jsou smířeni s faktem smrti – smrt berou jako vysvobození ze svého promarněného života. Tito lidé nemívají koníčky, často se vymlouvají na svou nemohoucnost. Bývají pesimističtí a můžou se považovat za oběti svého špatného osudu. Cítí se osaměle, ale sami sociální kontakty nevyhledávají. Právě tito jedinci jsou ze všech strategií nejvíce náchylní k depresím a následným sebevraždám.

## **2. 1. 7. Funkční různorodost seniorů**

Pro ilustraci různorodosti schopnosti sebeobsluhy ve vyšším věku zde uvádím rozdělení seniorů podle jejich funkční zdatnosti, jak je popisují autoři Z. Kalvach a A. Onderková (2006, s. 14, 15):

1. *Zdatní (fit)* – jsou takoví senioři, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost a jsou stále schopni vykonávat fyzicky náročné činnosti.

2. *Nezávislí* – takoví senioři, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života (activities of daily Living, ADL) a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů ani pečovatelské služby (zvládají totiž nákupy, vedení domácnosti atd.). Tito lidé však selhávají za kalamitních situací přinášejících neobvyklou zátěž (např. porucha výtahu s nutností chůze do schodů).

3. *Křehcí (frail)* – senioři, kteří nezvládají zátěžové situace, a kteří potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech každodenního života (tzv. instrumentální ADL neboli IADL – např. nakupování, vaření, vedení domácnosti). Jsou také zvýšeně ohroženi

dekompenzací zdravotního nebo funkčního stavu náhlou nezabezpečností (neschopnost vstát po pádu, neschopnost zajistit nákup).

4. *Závislí* – takoví senioři, kteří zčásti nebo zcela nezvládají ani běžné sebeobslužné, základní ADL. Tito senioři vyžadují z tělesných či duševních důvodů pomoc při jídle, mytí, oblékání, používání toalety, při přesouvání z lůžka do křesla a zpět, atd.

5. *Zcela závislí* – ti senioři, kteří jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžku, popř. mají hrubé poruchy vědomí.

6. *Umírající* – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče.

## **2. 2. Způsob bydlení starých lidí**

### **2. 2. 1. Co ovlivňuje životní způsob**

O způsobu života ve stáří rozhoduje především zdravotní stav seniora a stupeň jeho soběstačnosti. Dále se na něm podílí ekonomická situace: „Osaměle žijící geronty s nízkými důchody považuje Světová zdravotnická organizace za jednu z tzv. rizikových skupin.“ (PACOVSKÝ 1990 s. 48)

Pacovský (1990 s. 48) také uvádí, že sociální situace a způsob života starých lidí jsou v nemalé míře formovány i objektivně daným osamoceným způsobem života. Tato situace je způsobena jednak rozpadem vícegeneračních rodin a také mnohem vyšším zastoupením ovdovělých a osamělých žen v domácnosti. Vysoký ukazatel osamělého bydlení žen je dán jak vyšší úmrtností mužů, tak i vyšším průměrným věkem mužů při uzavírání sňatku. Zavázalová (2001 s. 47) udává, že z deseti osamělých osob ve vyšším věku je osm žen.

„Způsob života starého člověka je pochopitelně ovlivněn základními životními jistotami. Mezi ně patří také sociální zabezpečení, to je především zabezpečení důchodové a tzv. sociální služby.“ (PACOVSKÝ 1990 s. 49, 50)



### 2. 2. 2. Péče o starého člověka

„Pokud žijí staří manželé v páru a alespoň jeden z nich je soběstačný, běžné denní starosti zvládají bez výrazné pomoci okolí. Většina starých lidí žije v manželském páru, někteří se sourozenci nebo vrstevníky. Menší část této populace žije s dětmi ve dvougenerační rodině. Zřídka, ve srovnání s minulostí, se v naší společnosti objevuje soužití tří generací v rodině. Pomoc společnosti vyžadují nesoběstační osamělí staří lidé nebo osamělé dvojice.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 47)

Lze tedy říci, že péče o starého člověka se dělí mezi rodinu a mezi formální organizace (sociální zařízení, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných). „Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice uvádí, že více než 80 % péče o seniory závislé na pomoci druhých je zajištěna rodinou, přičemž průměrná doba poskytování tohoto typu péče je 4 až 5 let.“ (In Motejl 2007) Podle Zavázalové (2001 s. 54) nejčastěji o nemohoucího člověka pečují děti (53 %), dále manžel nebo manželka (ve 21 % případů), vzdálení příbuzní (z 10 %), pouze ve zbylých 16 % případů je nesoběstačný senior svěřován do péče cizí osoby.

„Jak dokládá výzkum Vidovićové a Rabušice (2003 s. 24), respondenti se zcela jednoznačně přiklánějí k tomu, aby v případě potřeby byla seniorům poskytována péče nejbližšími rodinnými příslušníky – tj. manželem či manželkou nebo dětmi. Až poté následovala volba péče pocházející od státních institucí a poté organizace charitativní, soukromé nebo dobrovolné. Vzdálenější příbuzenstvo spolu s přáteli a sousedy jsou nejméně často volenými potencionálními pečovateli.“ (In Jandečková, 2007 s. 40)

*Preferovaní pečovatelé o starší osoby v případě, že potřebují stálou výpomoc v každodenním životě nebo když potřebují stálou drobnou zdravotnickou péči (podíl souhlasných odpovědí v %):*

<b>potencionální pečovatel</b>	<b>pro stálou výpomoc v každodenním životě</b>	<b>pro drobnou zdravotnickou péči</b>
manžel/ka, partner/ka	91	89
děti seniora	84	83
státní instituce	73	77
charitativní organizace	61	69
soukromé osoby nebo instituce za úplatu	60	62
dobrovolná organizace	58	65
jiní příbuzní	45	48
přátelé nebo sousedé	26	30

*Zdroj: VIDOVIČOVÁ, RABUŠIC 2003*

### **2. 2. 3. Senior v rodině**

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Zavázalová (2001 s. 47) doplňuje, že v případě nesoběstačnosti starého člověka znamená dobře fungující rodina záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci.

Péče o starého a nemocného člověka v rodině nebo s pomocí rodinných příslušníků v jeho vlastní domácnosti je však podle Pacovského (1990 s. 54) možná pouze při současném splnění tří základních podmínek:

1. aby rodina o nesoběstačného starého člověka chtěla pečovat,
2. aby o něj mohla pečovat
3. a aby to uměla.

Je nutno také zmínit, že zajištění domácí péče o staré rodiče není jednoduchou záležitostí a zdaleka není společností doceněno. Dlouhodobá péče je velmi psychicky i fyzicky náročná. Navíc měnící se složení rodiny a postavení jednotlivých členů, jakož i sociální změny v rodině mohou být důvodem pro menší možnosti rodiny v poskytování nezbytné péče. Zavázalová (2001 s. 54) píše, že nejčastěji pečujícími jsou ženy v produktivním věku, z čehož je 80% těchto žen zaměstnáno.

Zavázalová (2001 s. 54.) dále také uvádí, že vzhledem ke stárnutí populace a zvyšující se střední délce života se často stává, že staří lidé (nad 60 let věku) pečují o své nesoběstačné rodiče (80 a více let).

#### 2. 2. 3. 1. Mezigenerační soužití

Společné bydlení několika generací v rodině má vliv na mezilidské vztahy v rodině. Záleží zde na tom, je-li bydlení několika generací dobrovolné nebo vynucené okolnostmi, trvalé nebo pouze dočasné. Velmi důležité je, aby byla všem členům domácnosti dána možnost zachování jejich soukromí.

Stanoviska generací k sobě navzájem pak můžou mít různou podobu – od vysloveně pozitivního až k negativnímu. Je zde nutno vyzvednout přínos starších lidí např. při výchově a péči o vnoučata a další příbuzné. Je ale také nutné si uvědomit, že spolužití s mladými generacemi není pro starší lidi vždy preferovanou nebo nejlepší alternativou.

Ve stejném smyslu hovoří i některé výzkumy v ČR. „Sami senioři výrazně preferují oddělené bydlení, které jim umožňuje uchovat si vlastní soukromí a určitou míru nezávislosti (chtějí se vyhnout závislosti na pomoci svých dětí), zároveň však upřednostňují takové bydlení, které bude umožňovat udržování úzkých kontaktů mezi generacemi.“ (In Motejl 2007)

#### 2. 2. 3. 2. Samostatné bydlení pro seniory

Jsou-li staří lidé ve svém domácím prostředí spokojenější a jejich přáním je setrvat v něm, mělo by jim být umožněno, aby ve svém přirozeném prostředí mohli zůstat co nejdéle.

Potřebám seniorů vyhovují spíše menší, nejlépe bezbariérové byty, které je však vzhledem k bytové situaci ve většině případů nemožné získat (ať již pro jejich nedostatek, nebo pro jejich finanční nákladnost, která je ve většině případů diktovaná tržními cenami nájemného).

Pohodlné byty s lehce dostupnou pomocí soběstačným seniorům nabízí domy s pečovatelskou službou. Bydlení v takových bytech však předpokládá, že se senior v případě ztráty soběstačnosti musí přestěhovat do jiného vhodnějšího zařízení.

Jinou formou bydlení jsou penziony pro seniory. Ty jsou zpravidla určeny pro menší společenství starých lidí, což dává možnost navázání nových kontaktů a vytvoření sousedských vztahů. Kromě ubytování jsou zde často poskytovány základní služby jako je úklid bytu, praní prádla nebo mytí oken.

### 2. 2. 3. 3. Home care

Vhodnou formu zejména v péči o chronicky nemocné seniory pak představuje domácí péče – home care. Doplněná sociálními službami (zvláště pečovatelskou službou) umožňuje zajištění péče o dlouhodobě nemocného člověka v domácím prostředí bez nutnosti hospitalizace. Péče je poskytována na doporučení lékaře – např. praktického, odborného nebo ústavního a v praxi ji lze využít za předpokladu splnění následujících podmínek (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 62):

1. stabilizovaný klinický stav klienta
2. domácí prostředí umožňující poskytovat tuto péči, která předpokládá laickou péči rodiny, sousedské výpomoci nebo jiného pečovatele během dne
3. dostupnost služeb zdravotních a sociálních (je vyšší ve větších městech)

### 2. 2. 3. 4. Respitní péče

Starají-li se o starého člověka rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující dlouhodobě, mohou po čase ošetřující i ošetřovaní pocítit potřebu této péči a kontakt na chvíli

přerušit. Může dojít také k situaci, kdy sám pečující bude mít zdravotní problémy, a proto mu vykonávání této činnosti bude přechodně znemožněno.

Starý člověk i jeho ošetřovatel by proto měli mít podle Venglářové (2007 s. 95) nárok na:

- pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče
- dva až tři týdny respitní péče – pobyt v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle zdravotního stavu seniora

#### **2. 2. 4. Senior v ústavní péči**

Domovy pro seniory poskytují sociální a pobytové služby za úhradu osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Při větších zdravotních problémech seniora, jeho osamělosti nebo nemožnosti pomoci ze strany blízkých je tedy právě varianta institucionální péče možným řešením.

Přechod do ústavního bydlení je však pro seniory mnohdy psychicky náročný a znamená nejen ztrátu soukromí (vzhledem k ubytování s “cizími” lidmi na pokoji), ale také může znamenat ztrátu dosavadních kontaktů s rodinou, přáteli či sousedy. Také s sebou může přinést velmi razantní změnu životního stylu, nutnost přizpůsobit se více či méně režimovým opatřením a mnohé další změny, na které se starý člověk hůře adaptuje.

Na druhou stranu může mít pro člověka, který žil ve své dřívější domácnosti osaměle, nové prostředí a společenství seniorů podobně “postižených” velice příznivý vliv. O seniora je zde navíc komplexně postaráno, takže pokud mu to stav dovoluje, může se věnovat pouze činnostem, které jej baví.

„Pobytová služba zahrnuje komplexní péči spočívající především v poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu či pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba dále zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (MOTEJL 2008)

Je-li navíc nabídka míst k životu ve stáří širší, může si senior vybrat zařízení, které mu bude lépe vyhovovat. Podle výzkumů o sociálních službách a péči o seniory, které zveřejnil Výzkumný ústav práce a sociálních věcí je však péče o seniory v Česku zatím nedostatečná: „Chybí nejen služby, díky nimž by lidé do vysokého věku byli soběstační a mohli zůstat v domácím prostředí, ale scházejí i lůžka v domovech důchodců. Do budoucna kvůli stárnutí společnosti navíc potřeba míst v těchto zařízeních podle odborníků ještě poroste.“ (OSÚCH 2007)

Ve stejném průzkumu MPSV uvedlo: „Na konci roku 2005 v České republice fungovalo 398 domovů důchodců se zhruba 39.000 lůžky. Kraje spravovaly 178 zařízení, obce 149, církve 59 a neziskové organizace 12. Na místa v nich čekalo 43.200 lidí. Zájemců o pobyt v domovech ale každoročně přibývá - zatímco v roce 1995 čekalo na místo 18.500 lidí, v roce 2000 jich bylo už 28.800 a v roce 2005 pak ještě o 4400 víc. Od roku 1995 přibyla stovka domovů a počet lůžek se zvýšil zhruba o 6000, kapacita je ale stále nedostatečná.“ (OSÚCH 2007)

Tato čísla představují výzvu především pro kraje a obce, jež by měly sít sociálních služeb ve svém regionu budovat tak, aby odpovídala požadavkům „jejich“ občanů.

## **2. 3. Deprese ve stáří**

Deprese ve stáří je častým onemocněním, které s sebou nese zhoršení kvality života a zhoršení soběstačnosti seniora. Zároveň se ale jedná o onemocnění, které je dobře léčitelné a jemuž lze do značné míry i předcházet. To je také hlavní důvod, proč by se depresi (v souvislosti se stárnutím populace) měla věnovat dostatečná pozornost. Neléčená deprese ve vyšším věku má totiž neblahý vliv nejen na postižené, ale i na jejich rodinné příslušníky.

### **2. 3. 1. Projevy deprese**

Deprese je onemocnění, které ovlivňuje citění lidí, náladu, duševní schopnosti a postoje; dokonce ovlivňuje vnímání věcí, jiných lidí a především vnímání sebe samých.

Charakteristické příznaky, na jejichž základě lze posoudit potřebu profesionální pomoci, jsou následující:

- ztráta radosti ze života a zájmu o okolí
- nechut' a ztráta motivace k jakékoli činnosti (i jednoduché úkoly se mění v obtížné až nemožné)
- úplná vyčerpanost
- nervozita a neklid
- snížená či zvýšená chuť k jídlu, následně hubnutí či tloustnutí
- nespavost či nadměrné množství spánku
- ztráta citovosti, nezájem o sex
- ztráta sebedůvěry, vyhýbání se lidem
- podrážděnost
- pocit zbytečnosti, nedostatečnosti, smutku, bezmoci a zoufalství
- zhoršené pocity v určitou denní dobu, obvykle ráno
- sebevražedné myšlenky (objevují se při depresi velmi často a mnohem lépe se s nimi bojuje, když se k nim přiznáme, protože jasně ukazují potřebu profesionální pomoci)

### **2. 3. 2. Výskyt deprese**

Výskyt depresivity úzce souvisí se zdravotním stavem a s jednotlivými zdravotními problémy, například s bolestivými syndromy, které jsou ve stáří poměrně časté. Dalšími významnými faktory, které depresivitu ovlivňují, jsou kromě zdravotních problémů zejména smyslové poruchy, a to především poruchy zraku a sluchu.

Studie také prokazují, že se výskyt deprese zvyšuje s lidským věkem. Zatímco ve skupině 20-29-ti letých lidí se depresivita vyskytovala ve 4 %, ve skupině 80letých a starších se jednalo již o 20 %. Lze tedy prokázat, že výskyt depresivity vzrůstá s věkem, a to nezávisle na ostatních faktorech.

Celosvětové statistiky uvádějí následující údaje výskytu deprese ve stáří: „u 19 % seniorů se vyskytuje mírná depresivita, u 6 % těžká deprese, a to u populace průměrného věku 75 let. Vyšší výskyt deprese je opakovaně uváděn v institucích dlouhodobého pobytu (30 %) a v

nemocnicích (31 %). U starších lidí je navíc prokázáno nejvíce dokonaných sebevražd, nejrizikovější skupinou jsou muži nad 75 let věku.“ (LÉKAŘSKÉ LISTY 2007)

V České republice odhadl epidemiologický průzkum populace vyššího věku žijící v domácnostech výskyt depresí na 8 až 9 %, v pokročilém věku nad 85 let až na 20 %. Pokud aktivně vyhledáváme depresivní příznaky u seniorů žijících v institucích, dostáváme se ještě k vyšším číslům: „V aktuální studii Gerontologického centra Praha byla zjištěna depresivita u 46 % seniorů žijících v domovech důchodců. Z toho u 12 % se jednalo o těžkou depresivitu a u 34 % o středně závažné depresivní příznaky.“ (LÉKAŘSKÉ LISTY 2007)

### **2. 3. 3. Rizikové faktory deprese vyššího věku**

Mezi obecné rizikové faktory deprese se řadí rodinná anamnéza deprese, ženské pohlaví, osamělost a přítomnost chronických onemocnění. Dalším významným rizikovým faktorem identifikovaným v mnoha studiích je nesoběstačnost. Vztah mezi nesoběstačností a depresí je komplexní a vzájemný, podobně jako například mezi chronickou bolestí a depresí.

Multimorbidita (přítomnost více chorob) bývá charakteristickým znakem onemocnění ve stáří. Jednotlivá onemocnění nemusí přicházet zcela nezávisle, ale lze je charakterizovat společnými rizikovými faktory, vznikem i průběhem, které mohou být zdrojem atypičnosti klinického obrazu ve stáří. I pro depresi je charakteristické, že přichází společně s jinými onemocněními vyššího věku, podílí se na jejich vzniku nebo je jejich důsledkem. Ukazuje se také, že nejen onemocnění samotná, ale i jejich léčba a vedlejší účinky léků mohou depresivitu zhoršovat.

### **2. 3. 4. Specifičnost deprese ve vyšším věku**

Geriatrická deprese bývá skrytá, senioři o ní většinou nemluví a odbornou pomoc psychiatra málokdy vyhledávají. Spíše prezentují somatické stesky a vyhledávají praktického lékaře a další odborníky. Je tedy třeba, aby právě praktičtí lékaři a specialisté somatických oborů na depresi ve stáří pomýšleli. Užitečnými pomocníky pro ně mohou být škály určené k



rychlému vyšetření deprese. Mezi jinými je ve světě nejoblíbenější osvědčená škála geriatrické deprese podle Yesavage.

Klinickou specifičnost a závažnost deprese ve vyšším věku lze charakterizovat následně:

- často probíhá pod atypickým klinickým obrazem
- probíhá déle - nástup léčby může být (bývá) pomalejší, je zapotřebí delší léčby
- je zde vyšší riziko úmrtí v důsledku sebevraždy

Protože deprese ve vyšším věku probíhají velmi často atypicky a nemusejí zcela odpovídat diagnostickým kritériím deprese, často lze jen velmi obtížně stanovit (správnou) diagnózu. Můžeme k ní dospět v případě, že jsme pomysleli na možnost deprese jako příčiny pacientových atypických a často dlouhodobých obtíží a stesků nebo nevysvětlitelně se zhoršujícího stavu. Někteří autoři hovoří dokonce o depresi beze smutku, která může být ve vysokém věku poměrně častá.

Problém diagnostiky deprese u starých lidí může být také v tom, že deprese může být zaměněna například se stařeckou demencí nebo s Alzheimerovou chorobou. Právě s Alzheimerovou chorobou má řadu společných příznaků, například narušenou paměť a zmatenost. Zásadní rozdíl je však v tom, že depresi lze vyléčit. Je proto velká škoda, když dojde k záměně obou chorob a deprese není léčena.

### **2. 3. 5. Léčba deprese**

Velmi důležité je na možnost deprese myslet a včas zavést správnou terapii - v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu.

#### **2. 3. 5. 1. Možnost popovídat si**

Je nesmírně důležité, aby měl depresivní člověk možnost s někým o svých potížích mluvit. Zejména v pokročilých fázích deprese bývá touto osobou zpravidla lékař, psycholog nebo psychiatr. Nemocný ale potřebuje také někoho blízkého, s kým by si mohl o svých pocitech a stavech popovídat neformálně. Naslouchající rodina nebo přátelé tak můžou zabránit tomu, aby se deprese prohloubila nebo dokonce aby vůbec vznikla.

### 2. 3. 5. 2. Profesionální pohovor

I když se rodina a přátelé snaží pomoci člověku trpícímu depresí sebevíc, je potřeba, aby zasáhl také profesionál. Profesionální pomocí může být například terapeutický pohovor. Neutrální reakce a postřehy člověka, který není do zoufalé situace depresivního člověka osobně ani citově zainteresován působí vhodněji, než reakce pacientových příbuzných, kterým chybí potřebná odbornost a nadhled. Lékař bývá většinou také osobou, která snáze depresivního člověka přiměje k tomu, aby podstoupil terapii.

Jednou z forem odborné terapie je psychoterapeutická pomoc. Tu lze rozdělit do tří základních skupin: podpůrné psychoterapie, reedukativní psychoterapie a rekonstruktivní psychoterapie.

*1. Podpůrná psychoterapie* usiluje o to, aby klient mohl žít po stránce sociální i psychické (i navzdory svým potížím) co nejlépe. Snaží se zvýšit klientovo sebevědomí a jeho sebedůvěru. Využívá se však spíše preventivně.

*2. Reedukativní terapie* se snaží změnit způsob, jakým klient vnímá svůj okolní svět a jak jedná. Její nejčastější formou bývá kognitivní terapie.

*3. Rekonstruktivní terapie* zachází ještě daleko hlouběji než reedukativní terapie. Snaží se totiž odhalit prapříčinu klientových pocitů. Mezi nejrozšířenější formy této psychoterapie se řadí psychoanalýza.

### 2. 3. 5. 3. Medikamentózní léčba

Podle odborníků je v případech těžké deprese nejúspěšnější léčebnou metodou farmakoterapie. Je však třeba poukázat také na fakt, že použití antidepresiv není nezbytné ve všech případech deprese, a proto je jejich použití a typ nutno důkladně zvážit.

### 2. 3. 5. 4. Alternativní přístupy

Zvýšený zájem o alternativní medicínu a jiné formy terapie lze sledovat také v případě lehčích forem deprese a při prevenci duševních poruch. Zde je nutné zdůraznit, že v pokročilejší fázi deprese je vždy nutné (vzhledem k reálnému nebezpečí sebevraždy) vyhledat odbornou lékařskou pomoc.

1. *Akupunktura* - jedná se o metodu tradiční čínské medicíny. Jejím cílem je udržení těla ve stavu rovnováhy. Akupunktura tak může zmírnit některé tělesné příznaky deprese, jako je nespavost, nechutenství, letargie a podobně.

2. *Homeopatie* - účelem této terapie je přimět klientovo tělo, aby s malou pomocí léčiv bojovalo proti nemoci především vlastními silami.

3. *Aromaterapie* - tato metoda pomáhá některým lidem vyvolat nebo uchovat si dobrou náladu, a tím je posílit v boji s depresí. Rostlinné esence mohou být v aromaterapii používány různým způsobem – například jako koupele, inhalace, provoněné místnosti, masáže atd.

4. *Relaxace* - protože lidé trpící depresí mívají často potíže zastavit se a zklidnit se, metoda relaxace jim může pomoci tyto nežádoucí projevy zmírnit. Relaxaci lze také použít jako doplněk jiné terapie – například při farmakoterapii předtím, než začnou plně působit antidepresiva.

5. *Tělesné cvičení* - může mít významný terapeutický účinek zejména u lehkých depresí. V případech těžké deprese klienti nemají na vysilující cvičení sílu, chuť ani pomyšlení. Jakákoli činnost jim může připadat jako nadlidský výkon.

### 3. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

*„Hledání smysluplnosti života nám umožňuje být skutečnými lidmi.“ (KŘIVOHLAVÝ 2005)*

#### 3. 1. Cíle dotazníkového šetření

Cílem dotazování seniorů bylo zjistit, jak v současnosti vnímají svůj život – v jaké míře se u nich vyskytuje spokojenost a zklamání, jak se jim dařilo nebo stále ještě daří dosahovat cílů, které měli nebo pořád mají. K tomuto účelu byly vybrány a porovnány dvě skupiny seniorů:

1. lidé navštěvující ordinaci praktického lékaře, žijící v domácím prostředí
2. senioři, kteří žijí v ústavní péči

Srovnáním těchto dvou skupin by mělo být zjištěno, zda má nebo nemá současná životní situace vliv na to, jak senior svůj život zpětně hodnotí.

Současně se dotazníkové šetření snaží porovnat vztah mezi oběma užitými standardizovanými testy (LOGO-testem a Geriatrickou škálou deprese) a prokázat, zda hodnoty a postoje, které člověk zastával během svého života, korelují s postojem k situaci, v níž se nachází v současnosti či nikoli.

### 3. 2. Hypotézy

1. Institucionalizace seniora ve stáří ovlivňuje jeho vnímání prožitého života, proto bude mezi dvěma zkoumanými skupinami signifikantní (statisticky významný) rozdíl:

- ve výskytu deprese - bude vyšší u seniorů, kteří žijí v ústavní péči než u seniorů, kteří žijí v domácím prostředí
- ve výsledku LOGO-testu - hůře bude vycházet opět institucionalizovaná skupina

2. Mezi dvěma užitými testy existuje určitá “vztahovost“:

- jestliže je senior spokojený (bez deprese), bude svůj život hodnotit jako smysluplný
- jestliže je senior se svou současnou situací nespokojený (depresivní), bude i svůj život hodnotit jako “méně úspěšný“

### 3. 3. Metodika dotazníkového šetření

Cílovými skupinami, na něž bylo dotazování o životní spokojenosti směřováno, byli senioři ve věku 75 let a více. Průměrný věk všech dotazovaných byl 82,7 let, ženy měly v průměru 84,2 let, muži rovných 80 let.

Podíváme-li se na konkrétní údaje v obou skupinách, tak zjistíme, že v domově důchodců se jednalo o skupinu seniorů ve věku od 78 let 94 let, u nichž průměrný věk činil 85, 7 roku, a že ve skupině navštěvující praktického lékaře bylo věkové rozmezí mezi 75 až 87 lety s tím, že průměrný věk činil 79,5 roku.

Dotazníkové šetření probíhalo v době od ledna do dubna 2008, kdy bylo rozdáno celkem 50 dotazníků – 32x varianta pro ženy a 18x pro muže. Z tohoto počtu se vrátilo (tzn. neodmítlo a vyplnilo) 11 dotazníků pro muže a 21 pro ženy. Návratnost tedy činila 64%. Jeden vyplněný dotazník nesplňoval kriteria pro hodnocení, proto byl uznán jako neplatný a z celkového statistického zpracování byl vyřazený.

Šetření o seniorech, kteří žijí v ústavní péči, probíhalo ve dvou následujících zařízeních:

- Centrum služeb pro seniory v Kyjově – jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj
- Dům Matky Rosy – je církevní domov pro seniory, který byl zřízen Sestrami těšitelkami BSJ v klášteře v Rajhradě

Šetření o seniorech, kteří žijí v domácím prostředí, proběhlo v ordinaci praktického lékaře ve Vracově.

Dotazování v ústavních zařízeních bylo praktikováno metodou řízeného rozhovoru, a to u seniorů, kteří byli ochotní a schopní odpovídat. V centru služeb pro seniory odpovědělo z patnácti oslovených 7 žen a 4 muži, v Domě Matky Rosy z deseti oslovených 4 ženy a 2 muži.

V ordinaci praktického lékaře bylo osloveno 25 seniorů, kteří si odnesli dotazníky k vyplnění domů. Z tohoto počtu bylo do sběrné schránky (umístěné v čekárně zdravotního střediska) vráceno 10 dotazníků ženských a 5 mužských.

K dotazování bylo použito standardizovaného LOGO-testu a Geriatrické škály deprese.

*I. LOGO-test E. Lukasové* - nejvýznačnější přímá žačka V. E. Frankla, Elizabeth Lukasová, vytvořila v rámci své disertační práce ve Vídni diagnostickou metodu, jejímž úkolem bylo změřit to, co V. Frankl nazval "vůle ke smyslu". Byl označen jako LOGO-Test.

Dotazník je v záhlaví rozlišen na znění pro muže - M a pro ženy - Ž. Hlavička testu obsahuje osobní údaje: věk, povolání a vzdělání respondenta. Pro účel dotazníkového šetření je test anonymní.

Doba potřebná k vyplnění LOGO-testu je asi půl hodiny. Pomalejším lze poskytnout více času, ale nedoporučuje se, aby doba vyplňování přesáhla jednu hodinu. Nejvhodnější odpověď bývá většinou ta, která člověka napadne jako první. Při vyplňování dotazníku je dovoleno v něm opravovat (gumovat, škrtnat, měnit odpovědi). Testu lze užít ve věkovém rozmezí přibližně od 16 let výše bez omezení.

Původní znění LOGO-Testu má tři části (KŘIVOHLAVÝ 2006 s. 73, 74):

- V první části je uvedeno celkem 9 kategorií smyslu života. Daná osoba má označit stupeň intenzity prožívání dané kategorie smyslu života, která jí je zdrojem životně důležitých hodnot.
- Druhá část obsahuje celkem 7 položek. Ty se týkají existence frustrace, neuspokojení touhy po smysluplnosti života. Daná osoba má říci, do jaké míry se tato existenciální frustrace vyskytuje v jejím životě.
- Třetí část obsahuje životní příběhy, k nimž se má daná osoba vyjádřit a zároveň uvést svůj vlastní životní příběh. Její výpovědi se hodnotí z hlediska naplnění smyslu, postoje k utrpení a postoje k úspěchu.

Sčítáním bodů z jednotlivých částí LOGO-Testu se provádí vyhodnocování. Závěrečný posudek se poté vyjadřuje zařazením dané osoby do kvartilů, kde Q1 je nejvyšší a Q4 nejnižší úrovní naplnění života smyslem. Jiná forma vyhodnocení počítá s decily, kde D9 a D10 naznačují nejhorší situaci.

2. *Geriatrická škála deprese dle Yessavage* - využívá se k orientačnímu posouzení přítomnosti deprese, která je ve stáří poměrně častým jevem.

Pro účel dotazníkového šetření byl dotazník Geriatrické škály deprese upraven tak, aby senioři nemohli vidět název a hodnocení testu.

*Tabulka č. 1.: Škála deprese pro geriatrické pacienty (Sheik, Yesavage 1986)*

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte!				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

#### Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														



### 3. 4. Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace

Tabulka č. 2.: Senioři žijící v ústavním prostředí:

A. Centrum služeb pro seniory, Kyjov

B. Dům Matky Rosy, Rajhrad

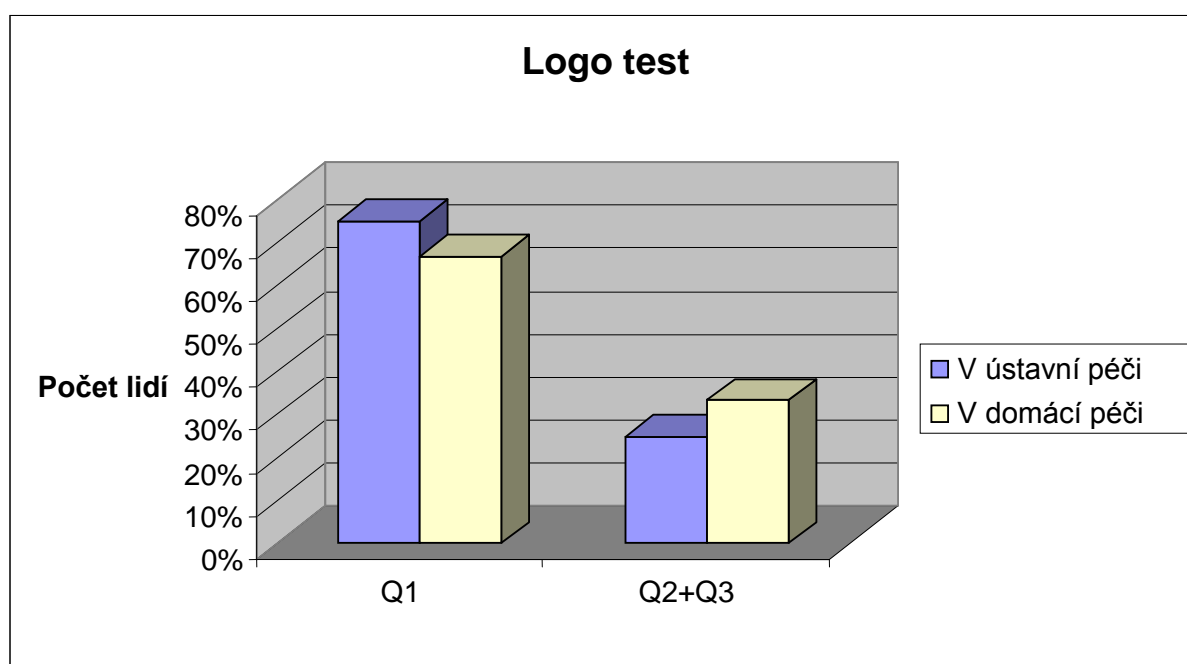
Subjekt	Pohlaví	Bydlení	Věk	Vzdělání	LOGO-Test		GŠD	
1	žena	Kyjov	89	SŠ	Q2+Q3	11	0	bez deprese
2	žena	Kyjov	82	ZŠ	Q1	8	2	bez deprese
3	žena	Kyjov	82	ZŠ	Q1	1	0	bez deprese
4	žena	Kyjov	94	ZŠ	Q1	2	1	bez deprese
5	žena	Kyjov	89	ZŠ	Q1	4	0	bez deprese
6	žena	Kyjov	93	ZŠ	Q2+Q3	11	0	bez deprese
7	žena	Rajhrad	82	SŠ	Q1	8	1	bez deprese
8	žena	Rajhrad	91	SŠ	Q1	5	1	bez deprese
9	žena	Rajhrad	94	SŠ	Q1	9	4	bez deprese
10	žena	Rajhrad	78	SŠ	Q2+Q3	14	7	mírná deprese
11	muž	Kyjov	92	SŠ	Q1	1	0	bez deprese
12	muž	Kyjov	85	SŠ	Q1	7	6	mírná deprese
13	muž	Kyjov	78	vyučen	Q1	6	2	bez deprese
14	muž	Kyjov	82	vyučen	Q1	5	4	bez deprese
15	muž	Rajhrad	81	SŠ	Q2+Q3	13	5	bez deprese
16	muž	Rajhrad	79	VŠ	Q1	3	6	mírná deprese

Tabulka č.3.: Senioři žijící v domácím prostředí, navštěvující ordinaci praktického lékaře

Subjekt	Pohlaví	Bydlení	Věk	Vzdělání	LOGO-Test		GŠD	
1	žena	jiná situace	87	rodinná škola	Q1	4	4	bez deprese
2	žena	v širší rodině	83	ZŠ	Q1	7	0	bez deprese
3	žena	žije sama	80	ZŠ	Q2+Q3	11	2	bez deprese
4	žena	žije sama	75	SŠ	Q2+Q3	10	6	mírná deprese
5	žena	žije sama	82	SŠ	Q2+Q3	11	3	bez deprese
6	žena	žije sama	84	ZŠ	Q1	9	3	bez deprese
7	žena	?	84	ZŠ	Q1	9	5	bez deprese
8	žena	žije sama	78	ZŠ	Q2+Q3	13	6	mírná deprese
9	žena	v širší rodině	77	SŠ	Q1	6	1	bez deprese
10	žena	s partnerem	79	ZŠ	Q1	9	3	bez deprese
11	muž	s partnerkou	75	VŠ	Q1	8	7	mírná deprese
12	muž	s partnerkou	75	SŠ	Q1	4	0	bez deprese
13	muž	v širší rodině	78	VŠ	Q1	6	3	bez deprese
14	muž	žije sám	79	vyučen	Q2+Q3	10	6	mírná deprese
15	muž	s partnerkou	76	SŠ	Q1	5	1	bez deprese

V celkovém porovnání výsledků LOGO-testu u mužů i žen dohromady v ústavní a domácí péči vychází o něco lépe skupina seniorů v domově důchodců: Kvartil Q1, což odpovídá nejvyšší úrovni naplnění života smyslem, získalo 75% obyvatel, v domácí péči to bylo 67%. Kvartilu Q2+Q3, jemuž odpovídá střední naplnění života smyslem (průměr), pak dosáhlo 25% obyvatel domova důchodců a 33% seniorů pobývajících v domácí péči. Pozitivní je zjištění, že žádný z dotazovaných se nedostal do sféry kvartilu Q4, jenž značí nejnižší úroveň naplnění života smyslem. Výsledky dokládá graf č. 8.

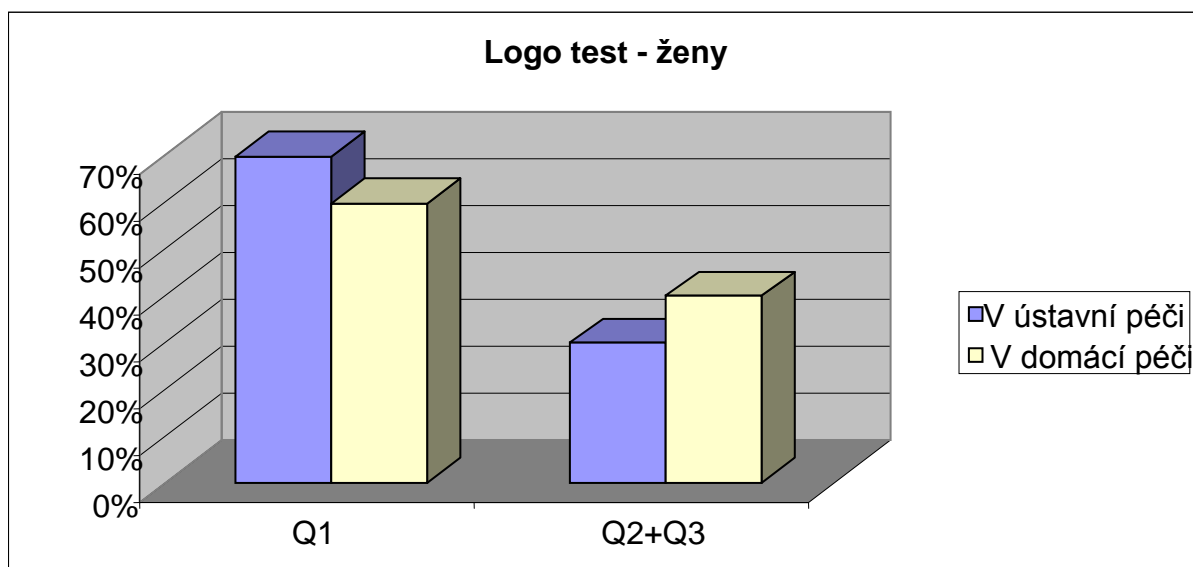
*Graf 8.: Srovnání výsledků LOGO-testu v ústavní a domácí péči*



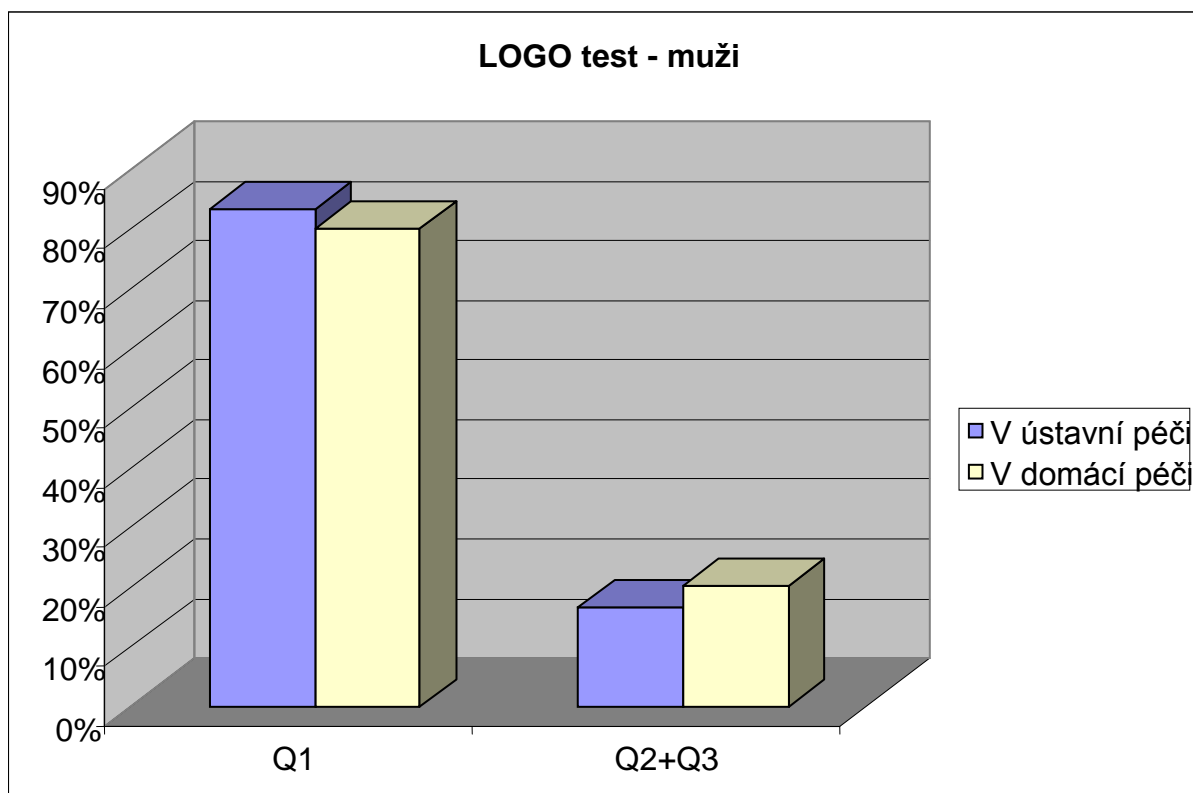
Zajímavé je porovnání výsledků LOGO-testu u jednotlivých pohlaví. Zatímco u žen se dostalo do kvartilu Q1 „pouhých“ 70% v ústavní péči a dokonce jen 60% v péči domácí, u mužů dosáhlo této kvality celých 83% v ústavní péči a 80% z těch, kteří jsou v péči domácí. Nutně z toho vyplývá fakt, že v kvartilu Q2+Q3 bylo v ústavní péči 30% žen a v domácí 40%. U mužů 17% v ústavní péči a 20% v domácí. (viz grafy č. 9. a 10.)

Tyto výsledky by mohly znamenat, že muži retrospektivně hodnotí svůj život spokojeněji než ženy, ale vzhledem k menšímu zastoupení mužů v dotazníkovém šetření bych podobné závěry nechala otevřené.

Graf 9.: Porovnání výsledků LOGO-testu v ústavní a domácí péči ve vybrané skupině - ženy

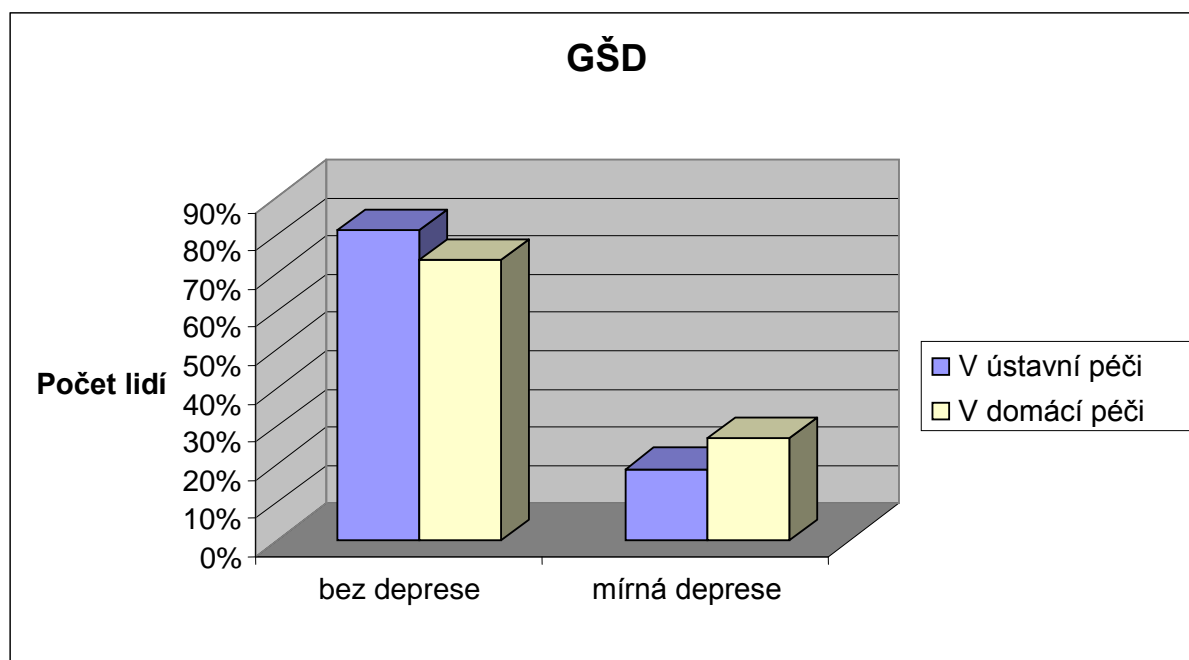


Graf 10.: Porovnání výsledků LOGO-testu v ústavní a domácí péči ve vybrané skupině - muži



V celkovém porovnání výsledků Geriatrické škály deprese u mužů i žen dohromady v ústavní a domácí péči vychází opět o něco lépe skupina seniorů v ústavní péči. Skupiny bez deprese dosáhlo 81%, v péči domácí to bylo 73%. Do oblasti mírné deprese se tak dostalo 19% obyvatel ústavní péče a 27% seniorů, kteří jsou pouze v péči domácí. Žádný z dotazovaných seniorů se nedostal do skupiny těžké deprese (více než 10 bodů), což by už vyžadovalo podrobné vyšetření. Přehled uvádí graf č. 11.

*Graf 11.: Srovnání výsledků geriatrické škály deprese v ústavní a domácí péči*



Tyto výsledky jsou celkem překvapivé, porovnáme-li je s čísly, která bývají v souvislosti s výskytem deprese ve stáří a v ústavní péči uváděna: „u 19 % seniorů se vyskytuje mírná depresivita, u 6 % těžká deprese, a to u populace průměrného věku 75 let. Vyšší výskyt deprese je opakovaně uváděn v institucích dlouhodobého pobytu (30 %) a v nemocnicích (31 %). U starších lidí je navíc nejvíce dokonaných sebevražd, nejrizikovější skupinou jsou muži nad 75 let věku.“ (LÉKAŘSKÉ LISTY 2007)

Tento nesoulad by bylo možné vysvětlit skutečností, že do ordinace praktického lékaře přicházejí senioři “nemocní“, tedy s nějakou zdravotní případně životní obtíží, která může mít na jejich momentální stav negativní vliv. Proto relativně “stabilizovaní“ obyvatelé domova

důchodců mohou být momentálně “pohodovější“, než je vzorek seniorů, kteří pobývají v domácím prostředí.

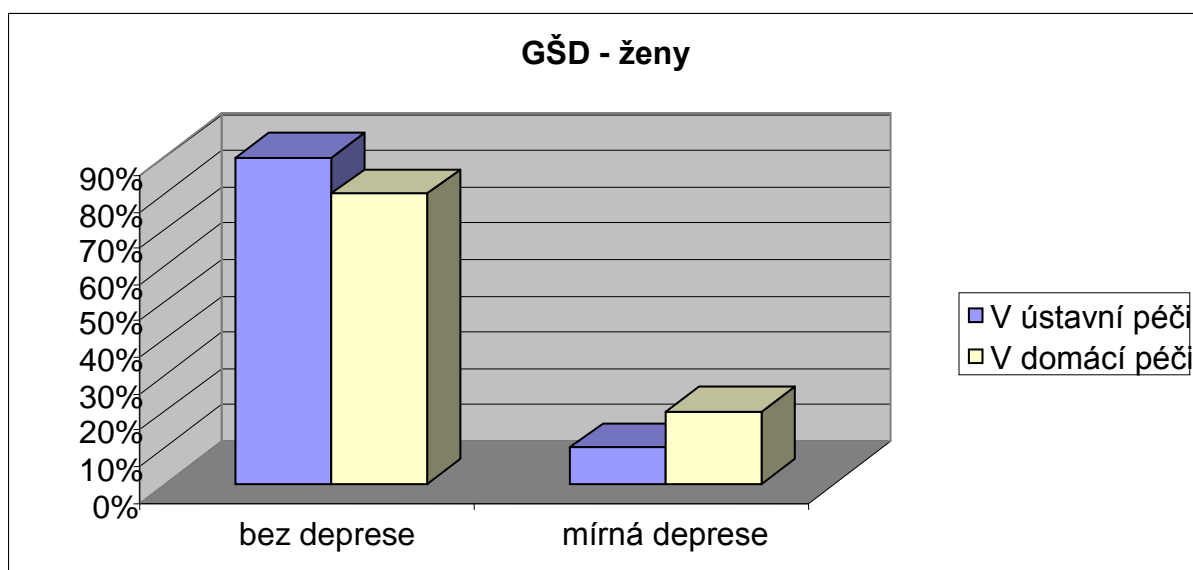
Ještě bych ráda uvedla jinou domněnku, a sice že na výsledcích dotazníkového šetření se mohlo podepsat také to, že lidé “mrzoutštější“, tudíž náchylnější k depresím nebyli ochotni spolupracovat, a proto vyplňování dotazníku odmítli případně jej nevrátili. Výsledná skupina je tedy spíše tou částí “ochotnějších“ a optimističtějších seniorů, kteří mají menší sklony k depresivnímu ladění.

Za zmínku stojí také fakt, že ze skupiny seniorů navštěvujících ordinaci praktického lékaře žije celých 40% v domácnosti sám/sama. 26,7% dotazovaných uvedlo, že žije s partnerem/partnerkou, 20% žije v širší rodině a asi 13% uvádí jinou situaci. Osamělost ve stáří způsobená nedostatkem sociálních kontaktů může být důvodem výskytu depresivity. Lepší výsledky Geriatrické škály deprese ve skupině seniorů, kteří žijí v ústavní péči, by proto bylo možné také vysvětlit širší nabídkou sociálních kontaktů a aktivit v domově důchodců.

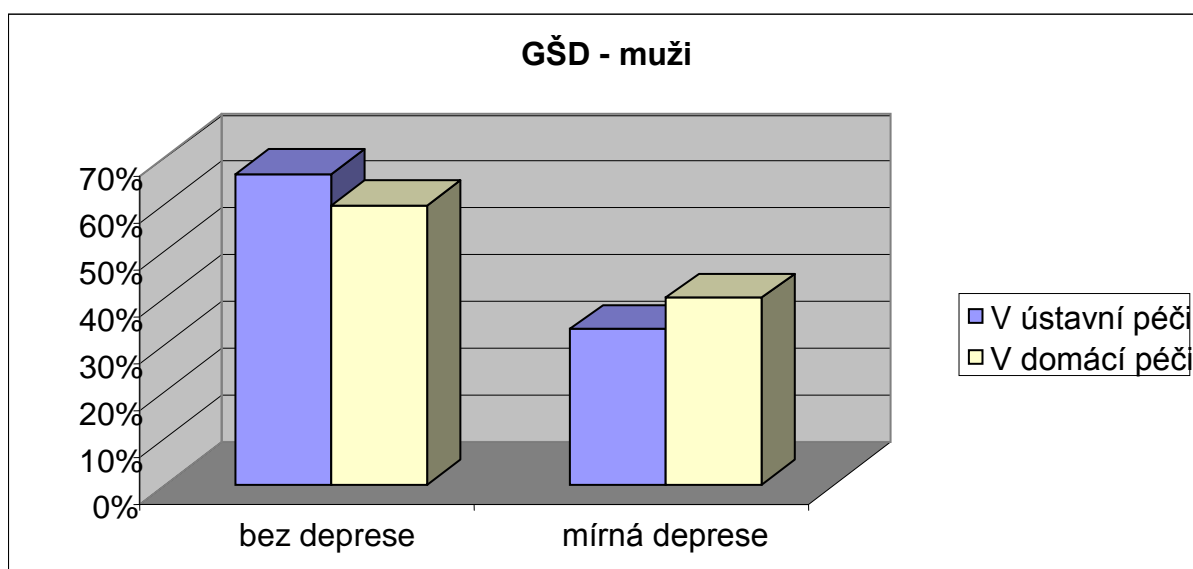
Následuje srovnání výsledků Geriatrické škály deprese u jednotlivých pohlaví. Zatímco v LOGO-testu vycházeli “lépe“ muži, v případě hodnocení deprese je tomu naopak. U žen vyšlo celých 90% bez deprese v ústavní péči, 80% pak v péči domácí. Muži byli bez deprese v domově důchodců v 67% a v domácím ošetření v 60%. Do rozmezí mírné deprese se tak dostalo 10% žen žijících v ústavní péči a 20% žen v domácí péči. Muži byli ve skupině mírné deprese zastoupeni v ústavní péči 33%, v domácí pak 40%. (viz grafy č. 12. a 13.)

Ženské pohlaví bývá pokládáno za rizikový faktor deprese. Podle dotazníkového šetření nám jako rizikovější a náchylnější k depresi ve stáří vychází muži. Vzhledem k malému vzorku mužů v dotazníkovém šetření bych proto nechala závěr opět otevřený.

*Graf 12.: Porovnání výsledků Geriatrické škály deprese v ústavní a domácí péči ve vybrané skupině – ženy*



*Graf 13.: Porovnání výsledků Geriatrické škály deprese v ústavní a domácí péči ve vybrané skupině - muži*



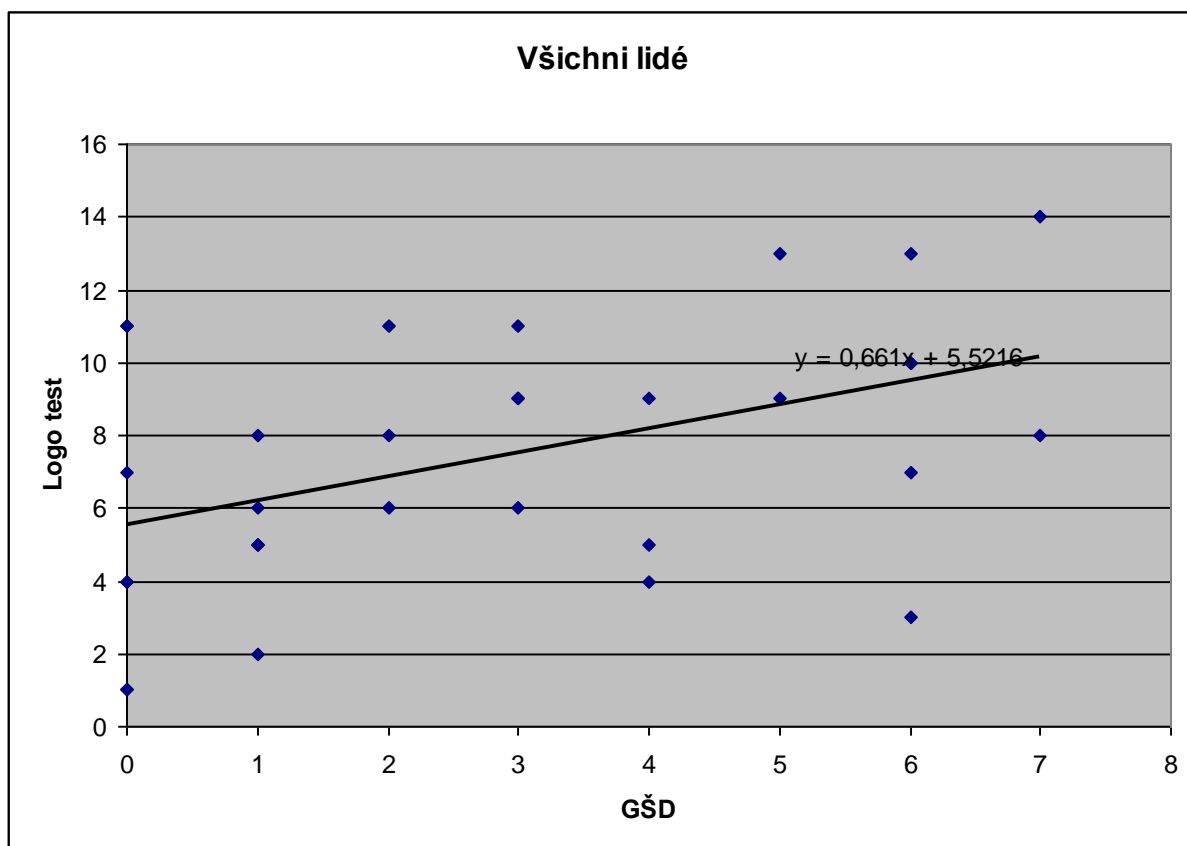
Chceme-li zjistit, zda a jak ovlivňuje současná situace seniorů postoje k jejich životu, nezbyvá nám než postavit dva použité testy – LOGO-test, hodnotící spokojenost se životem a jeho naplnění smyslem a Geriatrickou škálu deprese, hodnotící míru deprese ve stáří do

vztahu vzájemné závislosti. Tímto zjistíme, že dotazované seniory lze rozdělit do čtyř následujících skupin:

1. jedinec v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení **bez deprese** (0-5 bodů) a jeho výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu **Q1**, což znamená, že jeho naplnění smyslem v životě dosahuje nejvyšší hodnoty
2. jedinec v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení **mírná deprese** (6-10 bodů) a jeho výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu **Q2+Q3**, což znamená, že jeho naplnění smyslem v životě dosahuje středních hodnot (průměr)
3. jedinec v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení **bez deprese** (0-5 bodů), ale jeho výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu **Q2+Q3**, což znamená, že jeho naplnění smyslem v životě dosahuje středních hodnot (průměr)
4. jedinec v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení **mírná deprese** (6-10 bodů), ale jeho výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu **Q1**, což znamená, že jeho naplnění smyslem v životě dosahuje nejvyšší hodnoty

K prvnímu srovnání nám poslouží celá skupina oslovených seniorů = skupina bez rozdílu pohlaví, skutečnosti, zda se momentálně nachází v ústavní nebo domácí péči nebo zda je ve výsledcích jejich testů nějaký vztah. I když zatím nezřetelně, přece jen lze vysledovat, že výsledná křivka má vzrůstající tendenci. To by mohlo znamenat skutečnost, že „skóruje-li“ jedinec v jednom dotazníku, hodnoty s určitou úměrností budou narůstat i v dotazníku druhém. Situace je zobrazena grafem č. 1.

Graf 1.: Vztah testů – Geriatrická škála deprese a LOGO-test u všech dotazovaných seniorů

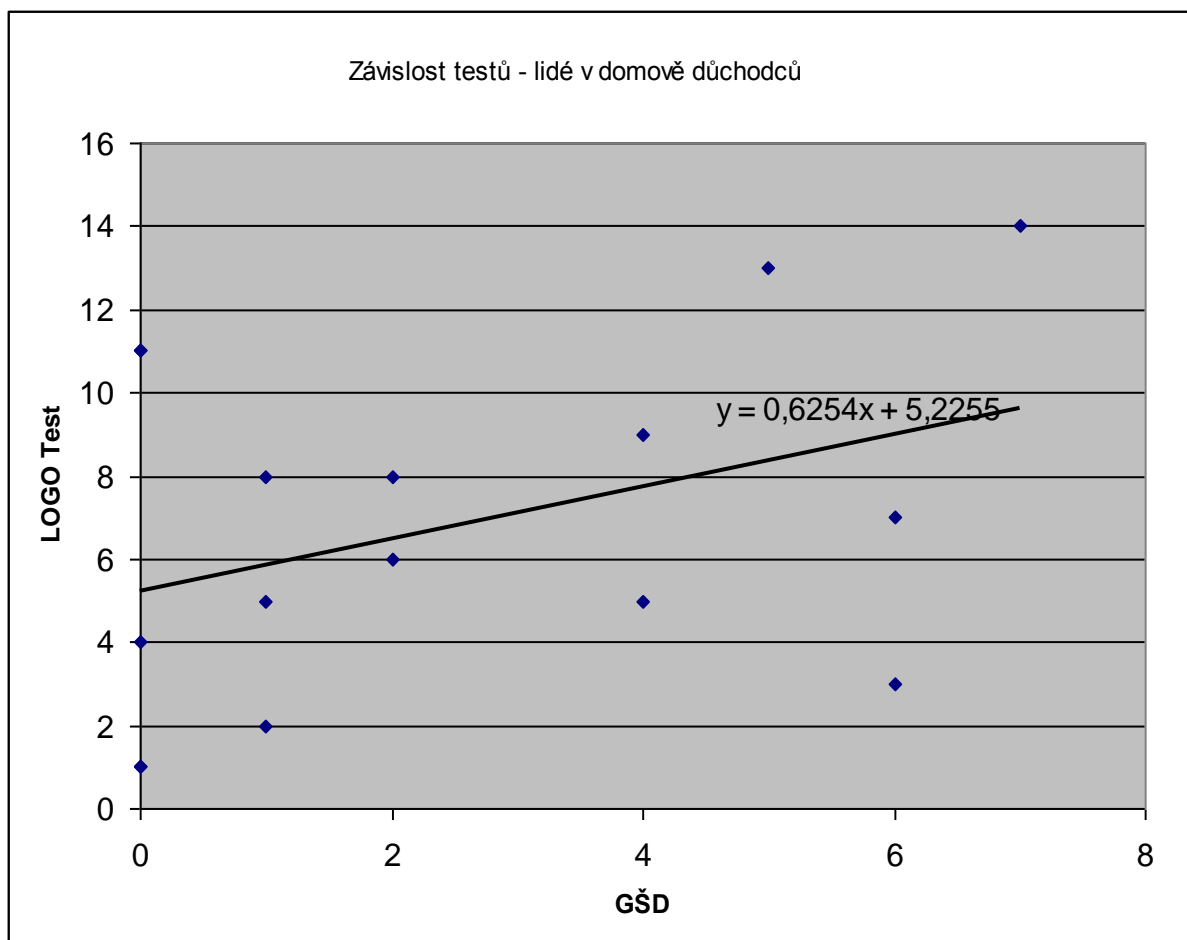


Stejné srovnání nám nabízí dvě vybrané skupiny – senioři žijící v ústavní péči a senioři v domácím prostředí. Jak z grafů č. 2. a 4. vyplývá, stoupající tendence křivky a tedy i závislost výsledků testů je dobře patrná v každé z těchto skupin. U seniorů v domácí péči má navíc strmější průběh, tudíž je vztah závislosti ještě výraznější než ve skupině seniorů žijících v ústavní péči.

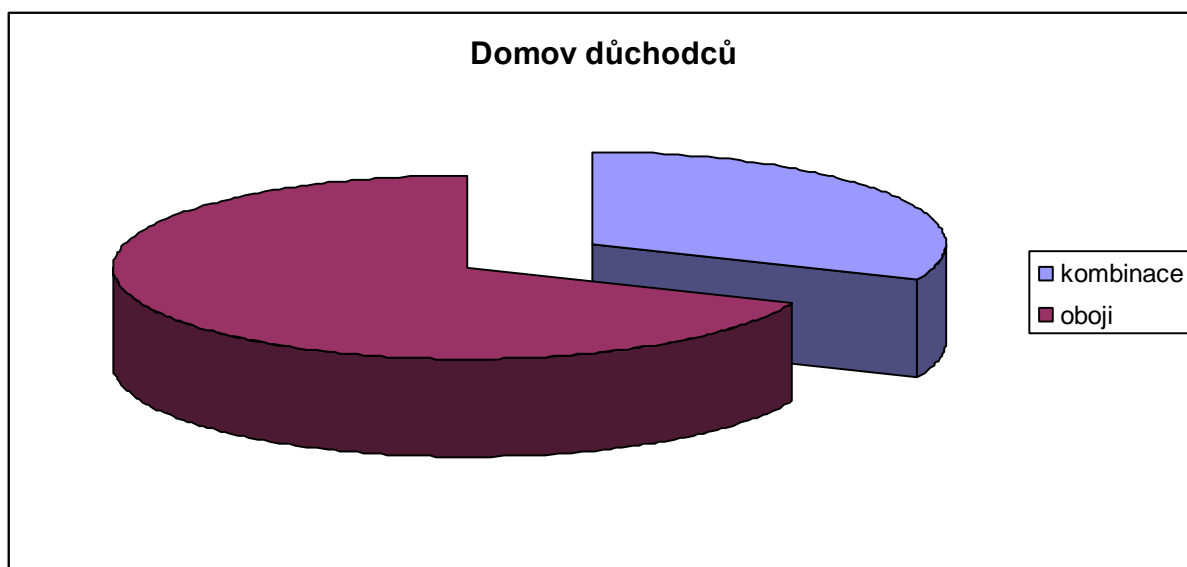
Procentuelně tyto vztahy zobrazují i grafy č.3. a 5., kde v domácí péči splňuje podmínku vztažnosti (označeno jako obojí) celých 80% dotazovaných a 20% činí různorodou skupinu (označenou jako kombinace). V ústavní péči splňuje podmínku vztažnosti 69% dotázaných a zbývajících 31% tuto vymezenou vztažnost nesplňuje.



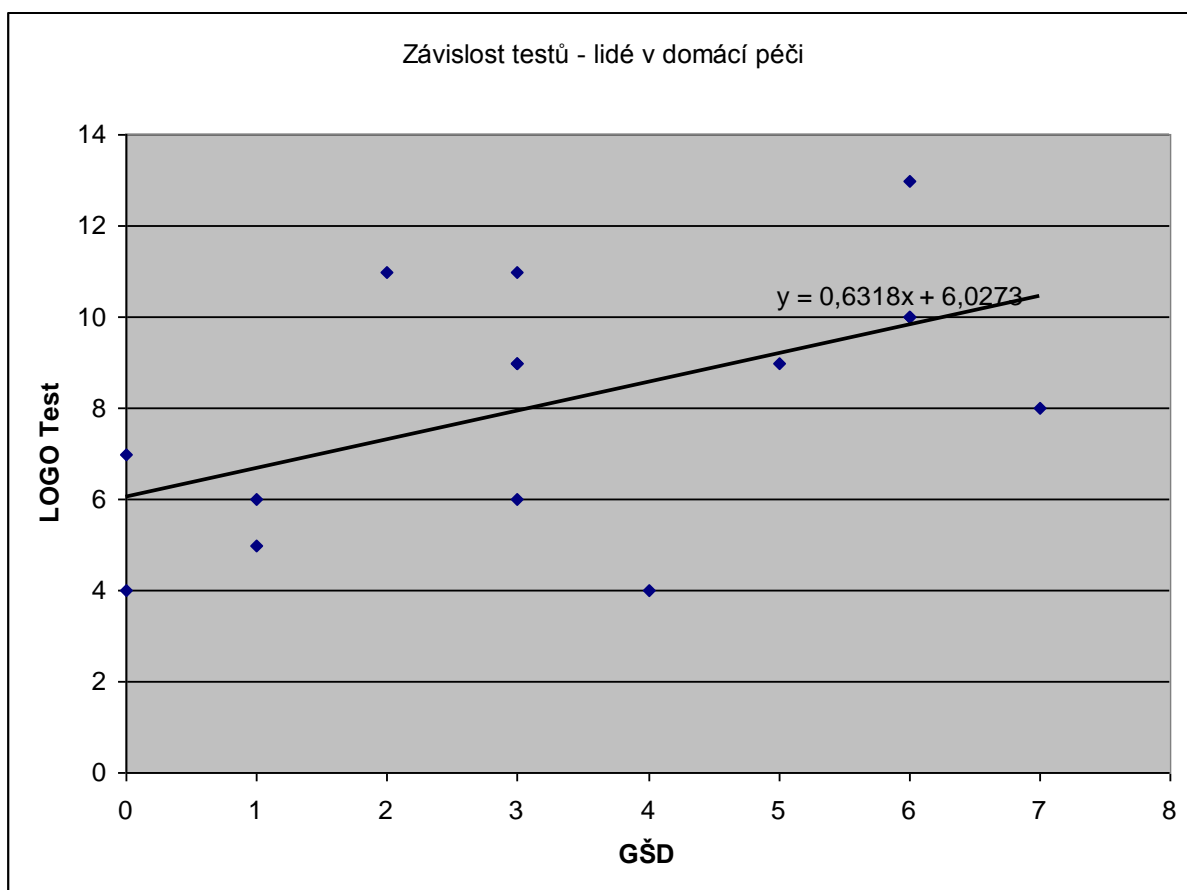
Graf 2.: Vztah testů – Geriatrická škála deprese a LOGO-test u vybrané skupiny lidí - ústavní péče



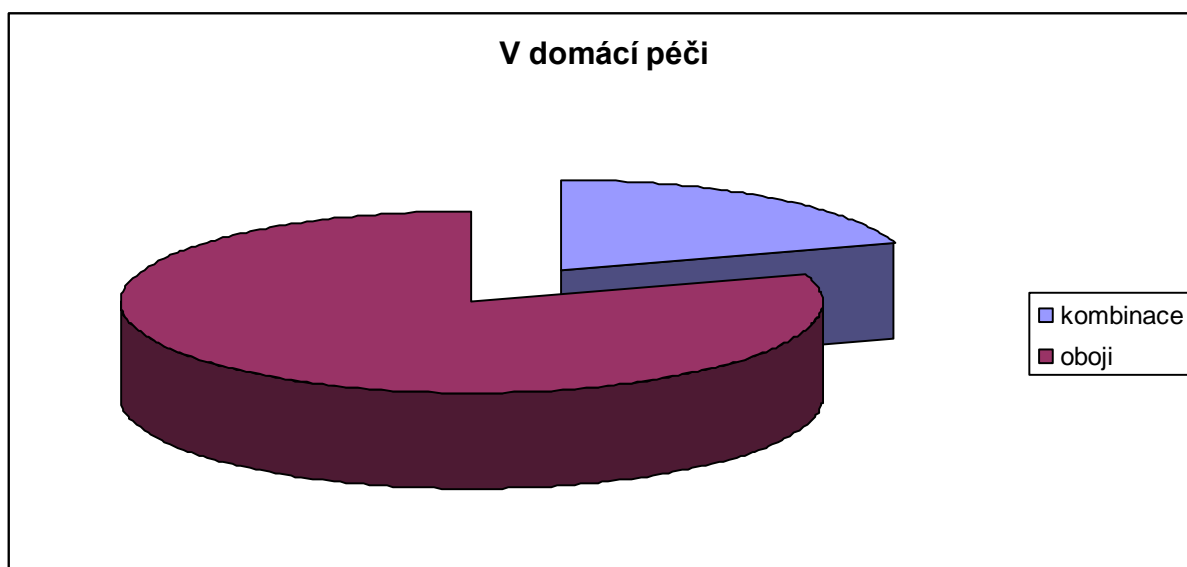
Graf 3.: Zastoupení vztažnosti v testech – ústavní péče



Graf 4.: Vztah testů – Geriatrická škála deprese a LOGO-test u vybrané skupiny lidí - domácí péče



Graf 5.: Zastoupení vztažnosti v testech – domácí péče

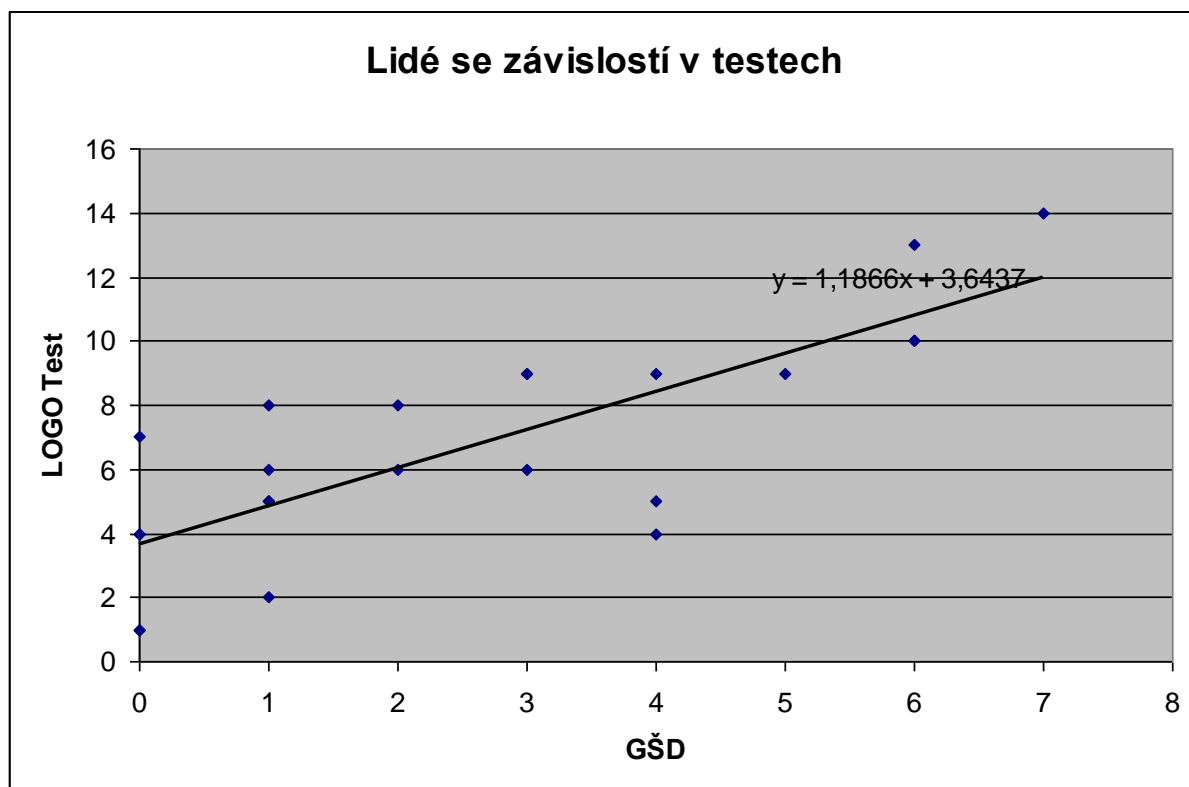


Vůbec nejzřetelněji je vliv úměrnosti patrný, jestliže z grafu vyřadíme skupiny seniorů, kteří vztah v testech nemají. Zůstanou nám dvě následující skupiny:

- senioři, kteří v Geriatrické škále deprese dosáhli hodnocení **bez deprese** (0-5 bodů) a mají výsledek v LOGO-testu odpovídající kvartilu **Q1**, což znamená, že jejich naplnění smyslem v životě dosahuje nejvyšší hodnoty
- senioři, kteří v Geriatrické škále deprese dosáhli hodnocení **mírná deprese** (6-10 bodů) a mají výsledek v LOGO-testu odpovídající kvartilu **Q2+Q3**, což znamená, že jejich naplnění smyslem v životě dosahuje středních hodnot (průměr)

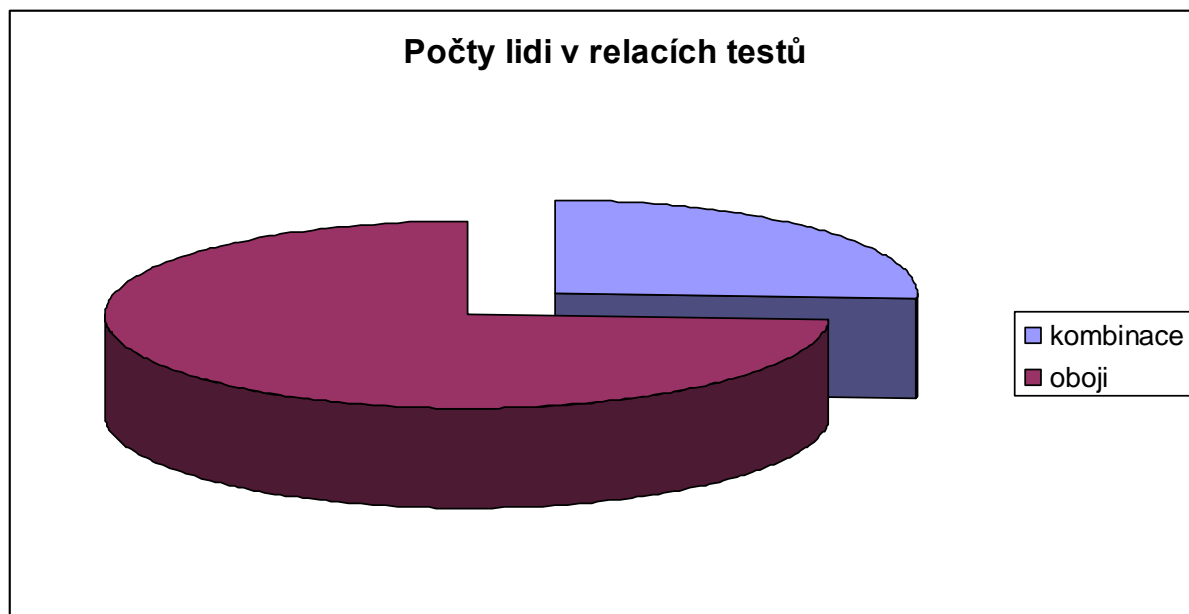
Výslednou křivku ukazuje graf č. 6. Zde je již závislost výsledků obou testů, a tudíž tendence výsledné křivky narůstat zřetelně vidět.

*Graf 6.: Vztah testů – Geriatrická škála deprese a LOGO-test u vybraných skupin se vztahem přímé závislosti (ústavní a domácí péče dohromady)*



„Vztahovost“ testů lze opět vyčíslit procentuelně: celých 75% ze všech dotazovaných vztah ve výsledcích testů výše uvedený má, 25% tento vztah nemá. Počty lidí v relacích testů zobrazuje graf č. 7.

Graf 7.: Počty lidí v relacích testů



Ráda bych zde uvedla také některé osobní příběhy seniorů – rozhodla jsem se vybrat vždy jednoho “zástupce” ze čtyř možností vztahů v testech. Všichni uvedení senioři v současné době žijí v Domě Matky Rosy v Rajhradě.

**1. Paní M.** (v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení bez deprese a výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu Q1)

*Paní M. (91 let) chtěla být v životě šťastná a mít dobré rodinné vztahy. Dobře se provdala a se svým manželem byla spokojená. Měli živnost a hodně cestovali. Narodila se jim dcera. V současnosti má paní M. 13 vnoučat a pravnoučat - všichni se mají moc rádi, píšou si a hodně se navštěvují.*

*Paní M. dnes mrzí, že se musela vzdát svého největšího koníčku – cestování, ale vzhledem k tomu, že s manželem procestovala celou Evropu i Čechy, a že ji často navštěvují příbuzní, má neustále dobrou náladu. Se svým životem je spokojená a ničeho v něm nelituje.*

*Výsledky LOGO-testu u ní ukazují na nejvyšší naplnění života smyslem a i Geriatrická škála deprese ukazuje na stav bez deprese. Paní M. je i ve vysokém věku plná optimismu a spokojená s tím, že svůj život prožila dobře.*

**2. Paní A.** (v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení mírná deprese a výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu Q2+Q3)

*Paní A. (78 let) se chtěla mít v životě dobře. Podle jejího názoru se jí to i docela podařilo – pracovala jako sekretářka, vdala se a měla děti. I když se s manželem občas hádali, vždycky se o ni i o děti dovedl postarat. Proto když zemřel, tak jí hodně chyběl. Děti už jsou dospělé a starají se o sebe samy.*

*V Domě Matky Rosy je paní A. čtvrtý měsíc a jakmile dcera skončí s opravami domu a jí se zahojí rána na noze, vrátí se zase domů. Tam bude moci dělat všechno sama, ne jako tady, kde musí obtěžovat ostatní.*

*Výsledky LOGO-testu u paní A. odpovídají středním hodnotám (průměr) a v Geriatrické škále deprese mírné depresi. Dalo by se říci, že je zde určitá “korelace”, nicméně si myslím, že se svým životem je v zásadě spokojená a jakmile se vrátí domů, je docela pravděpodobné, že bude i bez deprese.*

**3. Pan V.** (v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení bez deprese, ale výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu Q2+Q3)

*Pan V. (81 let) chtěl mít v životě dobrou práci a spokojenou rodinu. Pracoval jako brusič kovů, a i když to bylo náročné povolání, práce jej bavila. Když mu ale kovová hoblina vypíchla oko, musel odejít do invalidního důchodu a zůstat doma. Zpočátku to nesl těžce, protože si bez práce připadal zbytečný. Nakonec si doma zvykl, protože zvládal mnohé věci v domácnosti a k tomu měl ještě pěkný invalidní důchod.*

*Potom mu ale zemřela na rakovinu manželka a on zůstal doma sám se třemi malými dětmi (8, 10 a 12 let). Tyto osudové rány – nejprve ztrátu oka a potom manželky bral jako velkou*

*nespravedlnost a ještě dodnes to tak cítí. On sám nikdy nikomu nic neudělal, proto nerozumí, proč se to muselo stát zrovna jemu. Teď je sám a vzhledem k tomu, že se už nepostará o věci, které zvládal dřív, musí se o něj starat jiní.*

*I když je u pana V. výsledek LOGO-testu v pásmu průměru, vychází ve Škále deprese pro geriatrické pacienty bez deprese. Myslím si, že jeho současná "pohoda" je ovlivněna tím, že splnil to, co manželce i sobě slíbil (dobře vychoval děti - syn je kněz a jedna dcera řádová sestra), a že si nikdy v životě neřekl, že nestálo za to žít.*

**4. Pan F.** (v Geriatrické škále deprese dosahuje hodnocení mírná deprese (6-10 bodů), ale jeho výsledek v LOGO-testu odpovídá kvartilu Q1)

*Pan F. chtěl být vždycky knězem, ale komunistický režim mu studium v mládí neumožnil. Pracoval proto jako dělník a kněžská studia absolvoval tajně. Tajně byl i vysvěcen a tento den byl pro něj nejšťastnějším dnem v životě. Jako kněz se cítil být užitečný, protože mohl skrze svou víru v Boha pomáhat lidem. Byl to pro něj úkol, ke kterému se cítil být povolán a který měl ve svém životě splnit. Během komunismu to pro něj mnohdy nebylo jednoduché, protože byl sledován Veřejnou bezpečností a několikrát i vyslýchán. Měl však to štěstí, že jej nikdy nikdo neudal. Zpětně toto období hodnotí tak, že i to zlé bylo k něčemu dobré, a že někteří lidé dopadli daleko hůře než on sám.*

*Po revoluci sloužil na třech farnostech, kde měl dokonce psa a ovce. Radost mu přinášela také krásná příroda a časté procházky. Se svým životem je celkově spokojený a ničeho v něm nelituje. V současné době je ve starobním důchodu (dosáhl věku 79 let) a žije v domově pro seniory. I když se ve stáří musel vzdát některých činností a zájmů, nepociťuje nudu a je stále rád na světě.*

*Lze říci, že celý život pana F. je hluboce zakotven ve smyslu – vždy věděl co a proč chce, ničeho dnes nelituje. Výsledek LOGO-testu proto ukazuje na nejvyšší naplnění jeho života smyslem. Mírně rozporné je porovnání s výsledkem Geriatrické škály deprese, ve které se dostal do skupiny mírné deprese. Počet dosažených bodů je však hraniční, což by bylo možné vysvětlit počínající formou demence – uvádí problémy s pamětí a v některých chvílích se cítí být bezmocný.*

Závěrem bych ráda uvedla příklady životních cílů, hodnot a oblastí zájmů či životních témat (In Křivohlavý 2005), se kterými jsem se při rozhovorech se seniory také setkala:

*Rodina* - manželství, otázky dětí a vnuků, případně i širší rodiny. Jde o otázky lásky, porozumění, péče, starosti, otázky spokojenosti, soudržnosti a vzájemné pohody v rodině.

Většina dotazovaných seniorů uvedla, že v životě měla k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování jim působilo radost. V souvislosti s tím také uváděli, že se doma v kruhu rodiny cítili dobře a snažili se během života přispět k vytvoření takového domova svým dětem (pokud nějaké měli).

*Zdraví* (tělesné), jeho udržování, případně zlepšování - o úspěšném bojování se zdravotními těžkostmi - např. "abych nebyla druhým lidem na obtíž, abych byla soběstačná a samoobslužná. Většina dotazovaných se ukázala být "bojovníky", protože v případě, že byl jejich život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí, se všemožně snažili tuto těžkost překonat a dosáhnout zlepšení.

*Duševní pohoda* - duševní zdraví, udržování paměti v dobrém stavu, péče o citlivé vnímání, rozumné myšlení, o to mít dobrou náladu, nebýt necitlivý, ale empatický - soucítící, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl, nepropadnout depresi, nevyhořet.

*Duchovní život* - mít pro co žít, nacházet smysl života, nežít nesmyslně, ale naopak snažit se žít smysluplně, umět odlišovat důležité hodnoty od těch, které tak důležité pro život nejsou, hledat a poznávat to, co je v životě podstatné, prohlubovat modlitební i meditativní život, poznávat Boha a hlouběji chápat sebe, zachovávat si dobré svědomí. Většina respondentů uváděla, že věří, že má v životě nějaký svůj úkol (ať už v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a ten se snaží splnit. Nejčastěji uváděným "úkolem" byla fungující rodina nebo smysluplné povolání, vyskytla se zde i nezištná pomoc bližním.

*Vztahy mezi lidmi* - ohled na druhé lidi - udržování přátelských vztahů, zlepšování vzájemných vztahů s druhými lidmi, zvětšování tolerance, rozvíjení altruismu - pomoci druhým lidem např. starým a postiženým

*Práce na sobě* - sebevzdělávání - studovat, číst, učit se cizí jazyky, zvyšovat si kvalifikaci, získávat nové dovednosti (např. naučit se pracovat s počítačem, hrát na některý hudební nástroj atp.)

*Kultura* - návštěvy divadel, koncertů, výstav, četba beletrie, básní. Hodně seniorů bylo ještě společensky aktivních a rádi využívali nabídky společenských akcí, pořádaných Centrem služeb pro seniory. Všimla jsem si, že s věkem roste také záliba v četbě knih.

*Sport* - tělesná cvičení, pohyb, turistika, joga. V rámci možností se také mnozí senioři snažili udržovat dobrý fyzický stav pomocí kondičního cvičení.

*Ruční práce* - šít, vařit, udržovat chalupu v provozním stavu, úprava domova, úklid bytu. Ruční práce byly jednou z nejčastěji zmiňovaných náplní nejen dlouhých zimních večerů u většiny žen.

*Koníčky* - hobby: zahrádka, hraní v amatérském orchestru, malování, kreslení, zpěv, zahradničení. U některých seniorů mne překvapil zájem o hudbu a tanec. Zvláště pak záliba mužů navštěvovat i ve stáří pěvecký sbor.

*Jiné druhy zájmů:* cestovat, napsat rodinnou kroniku atp.



### 3. 5. Závěry dotazníkového šetření

Díky výsledkům dotazníkového šetření o tom, jak senioři v současnosti vnímají svůj život, bylo možné dospět k následujícím závěrům:

Hypotéza číslo 1., která předpokládala, že institucionalizace seniora ve stáří ovlivňuje jeho vnímání prožitého života, a že bude mezi dvěma zkoumanými skupinami signifikantní (statisticky významný) rozdíl se neprokázala.

Výskyt mírné deprese byl oproti očekávanému výsledku vyšší ve skupině, která žije doma a navštěvuje praktického lékaře. Podle výsledků Geriatrické škály deprese se navíc v celém zkoumaném souboru nevyskytl ani jeden jedinec s těžkou formou deprese.

Výsledky LOGO-testu vychází lépe opět ve skupině seniorů, kteří žijí v ústavní péči, proto by bylo možné shrnout, že podle našeho dotazníkového šetření nemá prostředí, ve kterém senior žije, vliv na to, jak vnímá svůj život.

Hypotéza číslo 2., která předpokládala existenci určité “vztahovosti” mezi dvěma užitými testy se potvrdila částečně.

U 75% všech dotazovaných seniorů bylo možné pozorovat korelaci současného stavu (vyjádřeného mírou deprese) s postoji a hodnotami k životu (výsledek LOGO-testu):

- jestliže byl tedy senior spokojený (bez deprese), hodnotil i svůj život jako smysluplný
- jestliže byl senior se svou současnou situací nespokojený (mírně depresivní), hodnotil i svůj život jako “méně úspěšný“

Toto však nemusí platit obecně – asi u čtvrtiny všech dotazovaných tento vztah nenašel platnost. Závěrem lze říci, že soubor dotazovaných seniorů byl poměrně malý (někteří jedinci dotazníky nevrátili, některé zas nebylo možné oslovit), a proto se spíše než o výzkum jedná o určitý náhled, sondu jak senioři mohou vnímat svůj uplynulý život.

## ZÁVĚR

Předmětem této práce je nahlédnutí do života seniorů - konkrétně jak v současnosti vnímají svůj život; v jaké míře se u nich vyskytuje spokojenost a zklamání, jak se jim dařilo nebo stále ještě daří dosahovat cílů, které měli nebo pořád mají a jak jejich současný stav souvisí s postoji a hodnotami, které zastávali během svého života. Vzhledem k tomu, že se člověk způsobům svého chování a jednání učí na určitém místě a v určité době, nezaměřuje se tato práce pouze na etapu stáří, ale nahlíží na celý životní cyklus jedince.

Během života může podle V. E. Frankla člověk “nalézat“ a uskutečňovat tři druhy hodnot - zážitkové, tvůrčí a postojevé. Metoda logoterapie nám také říká, že celý lidský život směřuje k určitému smyslu a své místo v něm mají i utrpení a nejrůznější krizové situace. Jestliže jedinec tyto obtížné situace zvládne a vyrovná se s nimi, může duchovně zrát a růst. Logoterapie a sociálně - pastorační péče jsou metody, které se snaží pomoci člověku tyto obtíže zvládat snáze.

Reakce na nejrůznější situace v životě však nemusí být dány jen životními zkušenostmi a genetickými předpoklady, ale také prostředím, ve kterém člověk žije. Z tohoto důvodu jsou v praktické části práce porovnány dvě skupiny seniorů, jež žijí v odlišném prostředí. Průzkumem bylo zjištěno následující:

První hypotéza, která předpokládala, že institucionalizace seniora bude mít vliv na vnímání jeho života se nepotvrdila, protože senioři, kteří žijí v ústavní péči dopadli v obou užitých testech lépe než senioři, kteří žijí v domácím prostředí.

Druhá hypotéza se potvrdila částečně – u 75% všech dotazovaných seniorů bylo možné pozorovat korelaci současného stavu (vyjádřeného mírou deprese) s postoji a hodnotami k životu (výsledek LOGO-testu). Díky tomu lze říci, že pokud je senior spokojený (bez deprese), hodnotí i svůj život smysluplně, jestliže je však senior se svou současnou situací nespokojený (mírně depresivní), hodnotí svůj život jako “méně úspěšný“.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Prameny

CZECH, J. *Psychoterapie a víra*. Ostrava: Jupos 2002  
ISBN 80-85832-55-0

*Deprese*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment 2002  
ISBN 80-7200-686-X

ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Doplněné vyd. Praha: NLN 1999  
ISBN 80-7106-291-X

FRANKL, V. E. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta 1997  
ISBN 80-85319-66-7

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta 2005  
ISBN 80-7295-085-1

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta 1994  
ISBN 80-85139-29-2

GLOSOVÁ, D. a KOLEKTIV. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA 2006  
ISBN 80-7366-057-1

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama 1990  
ISBN 80-7038-158-2

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*.  
2. doplněné vyd. ČALS 2003  
ISBN 80-86541-12-6

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní ošetrovatelství I.*  
Praha: Grada Publishing 2005  
ISBN 80-247-1212-1

JANDEČKOVÁ, T. *Psychosociální aspekty stárnutí.* Frýdlant v Čechách, 2007. 104 stran.  
Diplomová práce. Univerzita Karlova. Husitská teologická fakulta. Katedra psychosociálních  
věda etiky. Vedoucí práce MUDr. Jiřina Ondrušová.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů  
v ošetrovatelské praxi.* Praha: Galén 2006  
ISBN 80-7262-455-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít.* Praha: Návrat domů 1994  
ISBN 80-85495-33-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence – otázky na vrcholu života.* 1. vyd.  
Praha: Grada Publishing 2006  
ISBN 80-247-1370-5

LÄNGLE, A. *Smysluplně žít – Aplikovaná existenciální analýza.* Brno: Cesta 2002  
ISBN 80-7295-037-1

LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl – Logoterapeutická útěcha v krizi.* Brno: Cesta  
1998  
ISBN 80-85319-79-9

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče.* 2.rozšířené a přepracované vyd. Praha: SLON 1999  
ISBN 80-85850-76-1

PACOVSKÝ, V. a HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie.* 1. vyd. Praha: Avicenum 1981  
ISBN 08-044-81

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří.* 1. vyd. Praha: Avicenum 1990  
ISBN 80-201-0076-8

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing 1999  
ISBN 80-7169-828-8

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama 1990  
ISBN 80-7038-078-0

STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál 1999  
ISBN 80-7178-274-2

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. – Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2005  
ISBN 80-246-0956-8

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007  
ISBN 978-80-247-2170-5

ZAVÁZALOVÁ, H. a KOLEKTIV. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum 2001  
ISBN 80-246-0326-8

### **Sekundární prameny**

BROMLEY, D. B. *Psychológia ľudského starnutia*. Smena, Bratislava 1974

FALTUS, F. *Aktivita i ve stáří*. Zdrav. noviny 2, 10. 1. 1986, s. 6.

MPSV, *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice*. 2005, s. 3

RYFF, C. D. *Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizon. Psychology and Aging*. 1991, s. 6., 286-295

VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. [online] [květen 2003] [cit. 2006-03-23]. Dostupné na <[http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori\\_a\\_soc\\_opat.pdf](http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf)>.

VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L., *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004, str. 57

### **Elektronické zdroje**

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. [ online ] [ 14. ledna 2005 ] [ cit. 2008 – 06 – 15 ]. Dostupné na: <[http://jaro.krivohlavy.cz/stare\\_stranky/clanky/c\\_kvalita.html](http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html)>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Smysluplnost života*. [ online ] [14. ledna 2005 ] [ cit. 2008 – 05 – 14 ]. Dostupné na: <[http://jaro.krivohlavy.cz/stare\\_stranky/clanky/c\\_smysl\\_z.html](http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_smysl_z.html)>

LÉKAŘSKÉ LISTY, *Deprese ve stáří*. [ online ] [ 18. června.2007 ] [ cit. 2008 – 06 – 01 ]. Dostupné na: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=310100>>

MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory*. [ online ] [ 13. srpna 2007 ] [ cit. 2008 – 05 - 21 ]. Dostupné na:

<<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=780#note9>>

OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v sociální práci*. [ online ] [ 2000 ] [ cit. 2008 – 06 – 13 ].  
Dostupné na: <<http://www.hospice.cz/pastsoc.html>>

OSÚCH, J. *Průzkum: Péče o seniory v Česku stále zaostává*. [ online ] [ 10. 6. 2007 ] [ cit. 2008 – 05 - 06 ]. Dostupné na: <[http://domaci.ihned.cz/c3-21358390-002000\\_d-pruzkum-pece-o-seniory-v-cesku-stale-zaostava](http://domaci.ihned.cz/c3-21358390-002000_d-pruzkum-pece-o-seniory-v-cesku-stale-zaostava)>

RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online] [září 2002] [cit. 2008 – 04 - 09]. Dostupné na <[www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf)>.

SHEIK, J. I., YESAVAGE, J. A., Škála deprese pro geriatrické pacienty - *Geriatric depression scale*. [ online ] [ 1986 ] [ cit. 2008 – 05 – 06 ]. Dostupné na: <[www.uzs.tul.cz/pro\\_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-34-13.doc](http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-34-13.doc)>

VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. [ online ] [01. květen 2002] [ cit. 2008 – 06 - 03]. Dostupné na:  
<<http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=655> >

WIKIPEDIE. *Heslo logoterapie*. [ online ] [ 2008 ] [ cit. 2008 – 06 - 11 ].  
Dostupné na: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Logoterapie>>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: LOGO-test**

**Příloha č. 2: Škála deprese pro geriatrické pacienty**



## **SUMMARY**

### **Postoje seniorů k minulosti v kontextu současného života**

#### **The old people opinions of past in today context**

Author: Jana Spáčilová

## **SHRNUTÍ**

Diplomová práce pojednává teoreticky i prakticky o postojích seniorů k jejich životu. V úvodní kapitole, nazvané rozvoj osobnosti, je popsán životní cyklus, duchovní zrání a hodnotové zaměření jedince. Následuje nástin psychotherapeutické metody, vytvořené V. E. Franklem, zvané logoterapie a možnosti sociálně-pastorační pomoci v obtížných životních situacích.

Druhá kapitola se soustředí na samotné stárnutí a stáří – na změny, které tento proces přináší i na způsoby života ve stáří – konkrétně na život seniora v domácím prostředí nebo v institucionální péči. Popisuje také rizika výskytu deprese ve stáří.

Závěrečnou kapitolu tvoří dotazníkové šetření, ve kterém bylo cílem zjistit, jak vnímají senioři v současnosti svůj život – v jaké míře se u nich vyskytuje spokojenost a zklamání a jak se jim dařilo nebo stále ještě daří dosahovat cílů, které měli nebo pořád mají. Vzhledem k tomu, že je každý člověk jiný, jsou i jeho představy o tom, jak naplnit svůj život smyslem odlišné. Ve stáří pak tedy člověk vyrovnaný a pozitivní hodnotí svůj život jako dobrý, méně spokojený člověk může hodnotit svůj život jako méně úspěšný.

## **SUMMARY**

This diploma work enters theoretically and practically on old people opinions of their life. In the introductory chapter, which is called The development of personality, is described the life cycle, spiritual ageing and individual value system. It is also concerned with the psychotherapeutical method, created by V. E. Frankl, called logotherapy and with chances of social-spiritual help in difficult situations.

The second chapter is focused on ageing and on the old age itself – on changes, which this process fetch along and on the ways of living in the old age – in the concrete on the old people's life at home or in the institucional care. This chapter also describes the risk of depression incidence in the old age.

The closing chapter contains the investigation, which aims to know, how old people perceive their own life in today context – how much they are satisfied and frustrated, how succesful they were with achieving the purpouse which they had or still have got. Because each human is individual everyone ideas about the meaning of life are different too. In the old age judges satisfied and positive person its life as good and the less satisfied person may judge its life as less succesful.

## Příloha č. 1

### LOGO – TEST – Ž

(Elisabeth S. Lukasová / K.B.)

Rodinná situace: žije sama - s partnerem - v rodině širší - jiná situace

xxxxxx: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_

Povolání: \_\_\_\_\_ Vzdělání: \_\_\_\_\_

**I) Přečtěte si následující výroky. Jsou-li mezi nimi takové, které se k Vám osobně tak hodí, jako by pocházely přímo od Vás, prosím, přiřipšte k nim "ANO". Jsou-li mezi nimi takové, které zcela odporují Vašemu názoru, prosím, přiřipšte k nim "NE". Pokud pro Vás bude rozhodnutí mezi "ANO" a "NE" obtížné, můžete nechat okénko prázdné.**

1) Příjemný a klidný život bez velkých nesnází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velice dobrou věc.

2) Mám své představy, jaká bych chtěla být a čeho bych chtěla dosáhnout, a tyto představy se podle možností snažím uskutečňovat.

3) Cítím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a ráda bych přispěla k vytvoření takového domova i dětem.

4) V povolání, které nyní vykonávám nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění.

5) Mám k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování mi působí radost.

6) Mimo své zaměstnání nebo studium mám ještě nějaký další zájem (třeba odborný nebo oddechový), kterému se věnuji nebo budu věnovat, jakmile na to budu mít čas.

7) Některé zážitky (třeba poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody apod.) mi přinášejí radost a nerada bych je postrádala.

8) Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol (ať v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.

9) Mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonala a dosáhla zlepšení.

**II) Prosím, udělejte křížek do okénka k té odpovědi, která nejlépe vystihuje, jak často jste dosud prožívala následující zážitky. Snažte se být upřímná.**

1) Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonala, bylo nadarmo.

velmi často                      občas                      nikdy

2) Přání, být ještě jednou dítětem a moci začít život znovu od začátku.

velmi často                      občas                      nikdy

3) Poznání, že se snažím před sebou samou nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.

velmi často                      občas                      nikdy

4) Nechuť zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co činím a co tím způsobuji.

velmi často                      občas                      nikdy

5) Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly.

velmi často                      občas                      nikdy

6) Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje.

velmi často                      občas                      nikdy

7) Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musela říct: "Nestálo za to žít."

velmi často                      občas                      nikdy

### III)

#### 1) Popíši Vám tři případy:

a) Jedna žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořila dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnovala s takovým zaujetím, že v ní dosáhla mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna.

b) Jedna žena se ve svém životě stále a plně věnovala pouze tomu, *co* si vytkla za svůj životní cíl. Vůbec se jí to nedaří, avšak neustále se snaží svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musela mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhla.

c) Jedna žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Učinila proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které jí zabránily jich dosáhnout. Povinnosti, které na ni připadly, plní ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům.

#### 2) Prosím, odpovězte k popsaným případům (vepište do okénka písmeno):

Která z těchto žen je nejšťastnější?

Která z těchto žen nejvíce trpí?

3) Prosím, vylište nyní několika větami svůj vlastní „případ“ tak, že vzájemně porovnáte, co jste v životě chtěla a oč jste se snažila, co z toho jste docílila nebo co ještě chcete uskutečnit a jak to všechno nyní pro sebe hodnotíte.

# POUZE PRO HODNOCENÍ

	Část I	součet	
	Část II	součet	
Část III2)		"nejšťastnější"	
		"nejvíce trpí"	
Část III3)		"naplnění smyslu"	
		"postoj ke strádání"	
		"postoj k úspěchu"	
Celkový skóre			:
Věk			:

Věk:		(16)-29	30-39	40-49	50-59	60-
Q1		0-10	0-10	0-7	0-7	0-9
Průměr (= Q2 + Q3)		11-17	11-16	8-13	8-13	10-14
Q.4	Q <sub>4</sub> - (D <sub>9</sub> + D <sub>10</sub> )	18	17	14	14	15
	D <sub>9</sub>	19-21	18-21	15-18	15-18	16-18
	D <sub>10</sub>	22-42	22-42	19-42	19-42	19-42

## Příloha č. 2

### ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

(podle Sheikh, J.I., Yesavage, J.A., Clin. Gerontol., 5, 1986 s. 165-172)

<b>Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!</b>				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

#### Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														